

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный
медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального
медико-биологического агентства»
Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

VIII Всероссийский форум оториноларингологов с международным
участием «**Междисциплинарный подход в
оториноларингологии, хирургии головы и шеи**»

10-11 октября 2024 г.

Тезисы

Москва
2024



УДК 616.21

ББК 56.8

М43

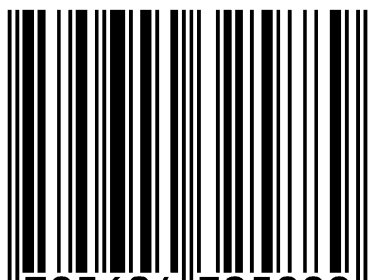
Междисциплинарный подход в оториноларингологии, хирургии головы и шеи: Тезисы VIII Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием (г. Москва, 10-11 октября 2024 г.). – М.: ФГБУ НМИЦО ФМБА России, 2024. – 239 с.

ISBN 978-5-6043258-8-9

В сборнике представлены тезисы докладов VIII Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием «Междисциплинарный подход в оториноларингологии, хирургии головы и шеи», проходившего в г. Москве 10-11 октября 2024 года. В работе Форума приняли участие ученые–исследователи ведущих российских медицинских научных учреждений и учреждений высшего образования медицинского профиля, специалисты практического здравоохранения. В докладах участников мероприятия отражены аспекты междисциплинарного подхода к лечению заболеваний головы и шеи, тесной взаимосвязи оториноларингологии с другими медицинскими специальностями, в частности, с пульмонологией, офтальмологией, онкологией, челюстно-лицевой и пластической хирургией, нейрохирургией, медицинской генетикой, лучевой диагностикой.

Тезисы не рецензируются, организаторы форума не несут ответственность за достоверность представленных материалов.

ISBN 978-5-6043258-8-9



9 785604 325889

©ФГБУ НМИЦО ФМБА России, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Абдулгамидов А.Х., Шелеско Е.В., Шиманский В.Н., Черникова Н.А., Струнина Ю.В., Кокаева И.К. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ БУЛЬБАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОСТМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.....	13
Азаматова С.А., Лазарева Л.А., Коваленко С.Л., Азаматов И.Р., Коваленко М.Д. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....	14
Алибеков И.М., Гуз Д.Г., Нохрин А.В., Алиев Р.Н., Коротина М.С. МУКОЦЕЛЕ НОСОВОГО СИНУСА	16
Алибеков И.М., Москалев В.А., Пилипенко А.А., Алиев Р.Н., Коротина М.С. ОТОАНТРИТ.....	18
Алибеков И.М., Чумак К.С., Алиев Р.Н., Коротина М.С. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ НОСА.....	20
Аникин И.А., Князев А.Д., Мамедова А.Д., Аникин М.М. СПОСОБ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ИЗГИБЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА.....	21
Аревина В.Е., Егоров В.И., Мустафаев Д.М. ФЛЕГМОНА ШЕИ. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ.....	23
Афанасьев В.В., Артюшкин С.А., Алексеенко С.И., Исанкина Л.Н., Грязнова И.А. РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ И КОИНФЕКЦИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЯХ COVID-19 У ДЕТЕЙ.....	25
Афлитонов М.А., Безрукова Е.В. Артюшкин С.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МОМЕТАЗОНА В ПОЛИПОЗНОЙ СЛИЗИСТОЙ НОСА.....	26
Бажухин Д.В., Володеев А.В., Кротова А.С., Бухарова К.П., Агапова М.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА.....	28
Бажухин Д.В., Володеев А.В., Кротова А.С., Бухарова К.П., Киселева М.Ю. СИНОАЗАЛЬНАЯ ИНВЕНТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ДОСТУПА.....	29
Бакотина А.В., Набиева Л.В. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПРИЕМОМ БИСФОСФОНАТОВ.....	31
Блинова М. Л., Голованов А. Е., Исаченко В.С. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ ВНУТРЕННЕГО УША У ПАЦИЕНТОВ С ОТОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ ВЫПОЛНЕННОЙ ПРИ ПОМОЩИ ЛАЗЕРНОЙ АССИСТЕНЦИИ И ПРИ ПОМОЩИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ.....	33
Бреева О.А., Полунин М.М., Асманов А.И. ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ ХОАН У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. НУЖНЫ ЛИ СТЕНТЫ.....	35

Булышко С.А., Солдатский Ю.Л., Полуниин М.М., Эдгем С.Р. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ У ДЕТЕЙ....	37
Вахрушев С.Г., Петрова М.А., Нестеришина О.Е. ТРАНСТУБАРНАЯ ТУБОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ.....	39
Вахрушев С.Г., Протопопов А.В., Петрова М.А., Литвинюк Н.В., Нестеришина О.Е. ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ.....	40
Вергасов А.М., Карпов В.П., Кияшкин Р.С., Мещерякова Н.В., Трубушкина Е.М. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	41
Вергасов А.М., Карпов В.П., Трубушкина Е.М., Енин И.В. ЭКССУДАТИВНЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	42
Винникова И.Ю., Семенов Ф.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	45
Волотов П.Н. ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АДЕНТОМИИ.....	46
Гаров Е.В., Гарова Е.Е., Мосейкина Л.А., Байтемирова Н.Н. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	49
Гаров Е.В., Зеликович Е.И., Загорская Е.Е. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТУГОУХОСТИ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СМЕШАННОМ ОТОСКЛЕРОЗЕ.....	50
Гаров Е.В., Кравцов С.А., Кропотов М.А., Жарков О.А., Зеленкова В.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА.....	52
Гилялов М.Н., Тухбатуллин М.Г., Алиматов Х.А., Исмагилов Ш.М., Салимов Л.И. НАШ ОПЫТ ПЛАСТИКИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.....	55
Грачев Н.С., Зябкин И.В., Ворожцов И.Н., Калинина М.П., Полев Г.А. ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В СВЕТЕ НОВЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	56
Грачев Н.С., Зябкин И.В., Полев Г.А., Магомедова А.М. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОТОХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ: НАШ ОПЫТ.....	58
Григорьева А.А., Мачалов А.С., Поляков Д.П., Базанова М.В., Оганян К.А. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНА СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	59
Гуров А.В., Фомина Д.С., Товмасын А.С., Рабаданов Г.К. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНОСИТА РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ.....	61

Дворников А.С., Крюков А.И., Гайдина Т.А., Шадрин Г.Б., Мунзалевская Ю.Д. ЭКЗЕМАТОЗНАЯ ФОРМА НАРУЖНОГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ.....	63
Егоров В.И., Беляева А.П., Голубовский Г.А. ЭКЗОГЕННЫЙ ОКСИД АЗОТА В ЛЕЧЕНИИ ПАРАТОНИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА.....	65
Егоров В.И., Герасименко М.Ю., Мустафаев Д.М., Смирнова С.Н., Путкарадзе Е.И. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ПОСЛЕ ФОНОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ.....	67
Егоров В.И., Овезов А.М., Салихов Д.А., Пряников П.Д., Таджикилова К.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТА ОТ КЛАССИЧЕСКОЙ ТРАХЕОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ.....	69
Еременко Ю.Е., Семижон П.А., Согоян И.И., Шестакова Е.В., Счесленок Е.П., Дубков Н.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ И КИШЕЧНИКА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАТАРАЛЬНЫМ И/ИЛИ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	72
Зайцева Т.С., Нестерова А.А., Нестерова К.И., Миракян Р.Г., Лесных А.А., Еремченко В.О., Волосникова А.Р., Ермолаева М.В., Терре В.В. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ПРИ ТОНЗИЛЛОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НОСИТЕЛЬСТВОМ В-ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ А.....	74
Зайцева Т.С., Нестерова А.А., Нестерова К.И., Миракян Р.Г., Щербина И.А., Лесных А.А., Еремченко В.О., Волосникова А.Р., Ермолаева М.В., Терре В.В. ВЛИЯНИЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ IGA-НЕФРОПАТИИ И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА.....	76
Зайцева Т.С., Нестерова А.А., Нестерова К.И., Миракян Р.Г., Щербина И.А., Лесных А.А., Еремченко В.О. ТОНЗИЛЛОГЕННЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВЛИЯНИЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ НА ИХ ТЕЧЕНИЕ.....	78
Золотенин М.К., Покровская Е.М., Федорова В.В. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ НА ЧАСТОТУ БИЕНИЯ РЕСНИЧЕК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА.....	80
Зубова З.Ю., Блошкина И.А., Сазонова Е.А., Родькина В.А. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	81
Ивойлов А.Ю., Архангельская И.И. НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	83
Ивойлов А.Ю., Милешина Н.А., Данилевская Н.С., Симонова О.И., Мещеряков К.Л. ТУГОУХОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	84

Ивойлов А.Ю., Полунин М.М., Яновский В.В., Мачулин А.И. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФАРИНГИТА И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ.....	86
Ивойлов А.Ю., Яновский В.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СТОЙКОЙ ТУБАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА БАЛЛОННОЙ ДИЛЯТАЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ.....	88
Исаченко В.С., Цыдыпова Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРНОГО БИОДЕГРАДИРУЕМОГО ГИДРОГЕЛЯ ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ.....	89
Карабоева З.Х. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА СТЕКЛОПЛАСТИКОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ.....	91
Карташова К.И., Абдулкеримов Х.Т. СТРУКТУРА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ СЛУХОВЫМИ АППАРАТАМИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ.....	93
Кахрамонова И.И., Маматова Ш. Р. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	95
Кирасирова Е.А., Трусов В.А., Мамедов Р.Ф., Лафуткина Н.В., Пиминиди О.К., Тютин С.И. ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧНОГО ГОРТАННО-ТРАХЕАЛЬНОГО ПРОСВЕТА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ.....	96
Кирасирова Е.А., Тютин С.И., Трусов В.А., Шульга О.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ.....	98
Кирасирова Е.А., Шульга О.В., Мамедов Р.Ф., Лафуткина Н.В., Резаков Р.А., Пиминиди О. К., Трусов В. А. РОЛЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОТИВОФИБРОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ.....	100
Клименко К.Э., Хвостикова Н.А., Русецкий Ю.Ю. РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С УСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	102
Коваленко С.Л., Азаматова С.А., Лазарева Л.А., Коваленко М.Д., Азаматов И.Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.....	103
Конторина А.К., Коротков И.А., Ложникова К.А., Попов В.Е., Шумянкoва В.С. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ БОЛЬ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	105
Красножен В.Н., Покровская Е.М., Валеева Д.Р., Лисовская С.А. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕРПЕНОИД-СОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА.....	107
Кривопапов А.А., Дворянчиков В.В., Алексанян Ю.С., Ленгина М.А., Мкртчян Э.А., Бондарь Н.П., Мочалов Ю.А., Тесленко А.В. ДИЗОСМИИ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ И ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	108

Кривопалов А.А., Шамкина П.А., Коркмазов М.Ю., Панченко П.И., Глущенко А.И., Журба В.М., Чучин В.Ю. ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 450±10 НМ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	110
Кротов Ю.А., Кротов С.Ю. ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДНЕГО УША ПРИ СЕРОЗНОМ И ГНОЙНОМ ПРОЦЕССАХ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ.....	112
Кротова А.С., Володеев А.В., Агапова М.С. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ДАКРИОЦИСТИТ, НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ.....	114
Крюков А.И., Воротеляк Е.А., Шершунова Е.А., Воеводин В.В., Мищенко В.В., Небогаткин С.В., Романов К.И., Сухачёва С.В., Кунельская Н.Л., Роговая О.С., Рябинин А.А., Хомич В.Ю. ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА ДЛЯ СОЧЕТАННОГО ЭЛЕКТРОПОРАТИВНО-ИОНОФОРЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЭКВИВАЛЕНТ МЕМБРАНЫ КРУГЛОГО ОКНА.....	116
Крюков А.И., Гаров Е.В., Зеликович Е.И., Загорская Е.Е., Сидорина Н.Г. НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТОСКЛЕРОЗА КАК СОВРЕМЕННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ.....	118
Крюков А.И., Гаров Е.В., Мищенко В.В., Юдин Д.В., Крохмаль А.Д. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕНАЖЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ УША.....	120
Крюков А. И., Клименко А.А., Товмасын А.С., Рамазанов С.Р. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ.....	122
Крюков А.И., Петухова Н.А., Товмасын А.С., Степанова М.М. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМНОГО ВЯЛОТЕКУЩЕГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В АССОЦИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	123
Крюков А. И., Товмасын А.С., Головатюк А.А., Степанова М.М., Рамазанов С.Р. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ.....	125
Крюков А.И., Товмасын А.С., Кишиневский А.Е., Поляева М.Ю., Мосин В.В., Шведов Н.В. ТРЕХМЕРНАЯ ПЕЧАТЬ БИОСОВМЕСТИМЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПРЕДДВЕРИЯ НОСА...	126
Крюков А. И., Товмасын А.С., Погонченкова И.В., Куликов А.Г., Филина Е.В., Артемьева-Карелова А.В. ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА: ПЕРСПЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ.....	128
Кузовков В. Е., Лиленко А. С., Сугарова С.Б., Танасчишина В.А., Харитонова П.Р., Корнева Ю.С., Лунтовская П.А. ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПРЕОПЕРАЦИОННЫХ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕРЕНИЙ УЧАСТКА ОССИФИКАЦИИ СПИРАЛЬНОГО КАНАЛА УЛИТКИ.....	130

Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Ревазишвили С.Д. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ВЕСТИБУЛОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА, ВЕСТИБУЛЯРНОЙ МИГРЕНЬЮ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ.....	132
Кунельская Н.Л., Заоева З.О., Янюшкина Е.С., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Васильченко Н.И., Никиткина Я.Ю. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА.....	134
Лазарева Л.А., Коваленко С.Л., Азаматова С.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТРЕТЬЕГО ПОДВИЖНОГО ОКНА.....	136
Лазарева Л.А., Сущева Н.А. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВСЛЕДСТВИИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМАМ У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ.....	137
Лиознов Д.А., Штро А.А., Селезнев К.Г., Накатис Я.А. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВИРУСНОЙ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ НОСА И НОСОГЛОТКИ.....	139
Луппов Д.С., Сугарова С.Б., Кузовков В.Е., Лиленко С.В., Лиленко А.С., Корнева Ю.С., Харитоновна П.Р. КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ОЦЕНКА СЛУХОВЫХ И НЕ СЛУХОВЫХ ФУНКЦИЙ.....	141
Лысенко А.В., Яременко А.И., Петров Н.Л., Верещагина Е.А. РАДИОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	142
Магомедов М.У., Егоров В.И. РИНОФИМА. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ.....	143
Макарина-Кибак Л.Э., Агиевец Ю.М. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ.....	145
Мальшева О.Е., Клименко К.Э., Русецкий Ю.Ю. ХИРУРГИЯ СРЕДНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК.....	147
Мамедова А.Д., Аникин И.А., Князев А.Д. ОСЛОЖНЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ КАНАЛОПЛАСТИКИ.....	149
Маркова Т. Г., Цыганкова Е.Р., Кисина А.Г., Чибисова С.С., Бандура Ю. А. ГЕНЕТИЧЕСКИ-ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТУГОУХОСТЬ ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ.....	151

Махоткина Н.Н., Степанова Ю.Е., Готовяхина Т.В. ВКЛАД ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ДИСФОНИЯМИ.....	153
Мещерякова Н.В., Карпов В.П., Кияшкин Р.С., Вергасов А.М. ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ.....	155
Милешина Н.А., Ивойлов А.Ю., Гойхбург М.В., Добрякова М.М. ДВУСТОРОННЯЯ КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ.....	157
Милешина Н.А., Ивойлов А.Ю., Добрякова М.М. ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В СЛУЧАЯХ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ...	158
Мирошниченко Н.А., Бакотина А.В., Кандрашина А.А. К ВОПРОСУ О ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.....	160
Мирошниченко Н.А., Савранская К.В., Рыжкова Н.С. ТИННИТУС У БОЛЬНЫХ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ.....	161
Морозов А.Д., Куц Б.В., Ушаков В.С., Припорова Ю.Н., Алиаскаров А.Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО МАГНИТА ПРИ ОСКОЛОЧНЫХ СЛЕПЫХ РАНЕНИЯХ ШЕИ.....	163
Мосейкина Л.А., Киселюс В.Э., Бавин К.С. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ АНТРОМАСТОИДОТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ.....	164
Муслимова П.А., Джамалудинов Ю.А., Саидов З.М., Джамалудинова П.Ю., Рагимова Д.Р. ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА.....	166
Муслимова П.А., Джамалудинов Ю.А. РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ.....	167
Накатис Я.А., Юрков А.Ю. ДИАГНОСТИКА ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ГОРТАНИ У ПАЦИЕНТОВ ГОЛОСОРЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ.....	168
Нестерова К.И., Мусиенко А.И., Нестеров И.А., Нестерова А.А. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ.....	170
Низамова Э.С., Маматова Ш.Р. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	172
Низамова Э.С., Маматова Ш.Р. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	173
Носкова В.В. ПОКАЗАТЕЛИ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ.....	174

Омонова М.Ш., Насретдинова М.Т. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ.....	176
Панкова В.Б., Федина И.Н., Бомштейн Н.Г., Серебряков П.В., Учуров А.Г. АЛГОРИТМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ.....	178
Покровская Е.М., Красножен В.Н., Федорова В.В., Золотенин М.К. КОРРЕЛЯЦИЯ КРАНИОТИПА И ФОРМЫ СОУСТЬЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ.....	180
Преображенская Е.А., Сухова А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	181
Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Елисеев О.В., Курбанова Д.И., Лесогорова Е.В., Красильникова Е.Н., Сафьянникова Е.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКАШЛЕВОГО ЯЗВЕННОГО ЛАРИНГИТА.....	183
Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Курбанова Д.И., Лесогорова Е.В., Елисеев О.В. СТРУКТУРА ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ НА ФОНИАТРИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	185
Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Лесогорова Е.В., Курбанова Д.И., Красильникова Е.Н., Сафьянникова Е.А. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ-ПРОФЕССИОНАЛОВ ГОЛОСА ПРИ КИСТАХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ.....	187
Саидов З.М., Джамалудинов Ю.А. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДАХ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.....	188
Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Андреев П.П., Окунь О.С. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУБАРОТРАВМЫ УША.....	190
Семенов Ф.В. ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА (ПЬЕЗОТОМА) ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОСТНЫХ СТРУКТУРАХ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УША.....	191
Семенов Ф.В., Унтевский В.С. МЕТОД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ТРЕПАНАЦИОННЫХ ПОЛОСТЕЙ СРЕДНЕГО УША.....	193
Ситников С.И., Дворянчиков В.В., Ерёмин С.А., Горпинич В.Д. ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ РУБЦОВО-СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ СРЕДНЕГО УША ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ НА УРОВЕНЬ СНИЖЕНИЯ СЛУХА.....	195
Соатов И.О., Джураев Ж.А. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА.....	196
Сударев П.А., Романенко С.Г., Курбанова Д.И., Лесогорова Е.В., Разорвин А.М., Лебединская Е.А., Чистогов М.Д. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	199

Сыроежкин Ф.А., Юмакаев Д.З. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОЙ ТУГОУХОСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ АКУБАРОТРАВМЫ.....	200
Тарасова О.Ю., Косяков С.Я., Пчеленок Е.В. ПРЕДИКТОРЫ АУДИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА.....	202
Тарасова Н.В., Соколова М.В. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ.....	203
Товмасын А.С., Царапкин Г.Ю., Поляева М.Ю., Кишиневский А.Е., Шведов Н.В. КТ-АНАТОМИЯ РЕЗЦОВОГО КАНАЛА В ХИРУРГИИ ПРЕМАКСИЛЛЯРНОГО ГРЕБНЯ.....	205
Трубушкина Е.М., Карпов В.П. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ХАРАКТЕР ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА.....	206
Туриева В.В., Алексеенко С.И. Барашкова С.В. МУКОЦИЛИАРНЫЙ КЛИРЕНС КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ СИНУСОХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ.....	208
Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Кудрявцева Ю.С., Богачева В.М., Степанова М.М., Землянов В.А., Дроздова В.И. ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ДОСТУПА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ В СООТВЕТСТВИИ С ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИЕЙ.....	210
Фатахова М.Т., Куницына В.Г., Воеводина К.И. ОСОБЕННОСТИ РЕГИСТРАЦИИ КОРОТКОЛАТЕНТНЫХ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	212
Фетюков А.В. Пшеничников Д.С. ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ТОНЗИЛЛЯРНЫХ НИШ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ.....	213
Филиппева П.В. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ	215
Фуонг Тхао Нгуен Тхи, Туан Чан Ван, Тху Хоанг Тхи, Сон Данг Тхань, Фуонг Тху Нгуен Тхи КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК	217
Фуонг Тхао Нгуен Тхи, Нга Данг Хоанг, Ху Ву Куанг, Хонг Ньонг Нгуен Тхи, Тху Та Фуонг ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ТРУБКИ В ЛОР-ОТДЕЛЕНИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ ТХАЙНГУЕН.....	219
Хомутова Е.Ю., Сулимов А.Ф. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА.....	221

Хоров О. Г., Бондарчук Ю. М., Вашкевич М. И., Марцуль Д. М. МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ, СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ СЛУХА И ЛЕЧЕНИЯ УШНОГО ШУМА.....	222
Цыганкова Е.Р., Заоева З.О., Кисина А.Г., Ясинская А.А. ОЦЕНКА СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ПРИ СЛОЖНОЙ СТРУКТУРЕ ДЕФЕКТА.....	224
Черникова Н.А., Шелеско Е.В., Сатанин Л.А., Сахаров А.В., Евтеев А.А., Струнина Ю.В. СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОЦЕЛЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ.....	226
Черных Н.М., Носуля Е.В., Ким И.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНИТА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ.....	228
Шарипов У. ОПИСАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ.....	230
Шведов Н.В. ХИРУРГИЯ ПРЕМАКСИЛЛЯРНОГО ГРЕБНЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОРА.....	232
Шулепова Э.А., Ниделько А.А., Рябцева С.Н. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИСУСИТОМ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ВЫСТИЛКИ.....	233
Щербина И.А., Кугаевских В.Н., Нестерова К.И., Ларькин В.И., Ларькин И.И. АНАЛИЗ ИСХОДОВ ТРАХЕОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	235
Якубов Р.Р., Шайхова Х.Э., Якубов Р.К. ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	237

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ БУЛЬБАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

**Абдulgамидов А.Х.*, Шелеско Е.В., Шиманский В.Н., Черникова Н.А.,
Струнина Ю.В., Кокаева И.К.**

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им акад. Н. Н. Бурденко» Минздрава России

*E-mail: lor.abdulgamidov@yandex.ru

Введение. Клиническая картина опухолей мостомозжечкового угла (ММУ) разнообразна и зависит от размера и расположения опухоли. На ранней стадии могут протекать бессимптомно или проявляться кохлеовестибулярными нарушениями. По мере увеличения размеров опухоли может присоединяться симптоматика поражения ЧМН, стволовая, мозжечковая и общемозговая симптоматика. Одним из наиболее частых осложнений, существенно влияющих на качество жизни пациентов, являются бульбарные нарушения (БН), которые проявляются дисфагией, дисфонией и дизартрией.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития бульбарных нарушений в послеоперационном периоде в зависимости от рентгенологических характеристик опухолей мостомозжечкового угла и интраоперационных данных.

Материалы и методы. В исследование включено 186 пациентов, проходивших хирургическое лечение в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России по поводу опухолей мостомозжечкового угла, с отсутствием бульбарными нарушениями до операции.

Нейровизуализация до операции была проведена всем пациентам. По данным МРТ оценивались размеры новообразования, степень компрессии ствола, наличие перифокального отека, направление роста опухоли, наличие или отсутствие окклюзионной гидроцефалии.

Измерение размеров опухоли проводилось в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях. Оценивались следующие размеры: А – наибольший размер вдоль пирамиды височной кости; В – наибольший размер перпендикулярный размеру А; С – наибольший вертикальный размер. Степень компрессии ствола оценивалась по степени отклонения от средней линии.

Отоневрологическое обследование проводилось по принятому в НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко Минздрава России алгоритму и включало в себя: сбор жалоб и анамнестических данных, исследование обоняния, вкуса, вестибулярной и слуховой функции, определение чувствительной и двигательной иннервации ЛОР-органов, выявление статокординаторных нарушений.

Результаты. По данным МРТ установлены следующие характеристики опухолей: размер А – min=7.0, max=55.0; размер В – min=10.0, max=60.0; размер С – min=8.0, max=52.0; 1 степень компрессии ствола – 47.3 % (n=88), 2 степень – 51.1% (n=95), 3 степень – 1.6% (n=3); перифокальный отек был в 33.9% случаях (n=63); направление роста опухоли ММУ: каудально 0.5 % (n=1), орально 0.5% (n=1), медиально 75.3 % (n=140), каудально и медиально 14.0% (n=26), орально и медиально 5.9% (n=11), каудально, орально и медиально 3.8 (n=7); гидроцефалия наблюдалась в 17.2% (n=32) случаев.

По результатам клинического осмотра 186 пациентов после операции, БН были выявлены у 48 пациентов (группа 1), отсутствовали у 138 пациентов (группа 2).

При сравнительном анализе этих двух групп, с учетом полученных данных, выявлены следующие статистически значимые различия: у пациентов с БН после операции чаще наблюдался каудальный рост опухоли ($p=0,004$) и компрессия ствола головного мозга ($p=0,008$), кровотечения во время операции ($p=0,025$) и воздействие опухоли на каудальную группу нервов($p=0,045$), определяемые интраоперационно.

Выводы. По рентгенологическим, клиническим и интраоперационным данным можно судить о рисках возникновения БН у пациентов с опухолями ММУ в послеоперационном периоде. Предикторами их возникновения являются: каудальный рост опухоли, компрессия ствола головного мозга, интраоперационные кровотечения, воздействие опухоли на каудальную группу нервов.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Азаматова С.А.^{1,3*}, Лазарева Л.А.², Коваленко С.Л.^{2,4}, Азаматов И.Р.¹, Коваленко М.Д.^{2,4}

¹ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»,

Медицинский институт

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница»

⁴ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 1 города Краснодара» Минздрава Краснодарского края

*E-mail: pozitiff29@rambler.ru

Введение. Правовые документы, которые в настоящее время составляют основу организационной деятельности сурдологической службы, требуют внимания и внесения корректировки в нормативную базу.

Учитывая стремительный рост числа больных с нарушениями слуха и дефицит кадров, нагрузка на специалистов ежедневно возрастает. Следует отметить, что диагностические и реабилитационные возможности расширяются, и это, в свою очередь, имеет положительный ракурс как для врачей, так и для пациентов. Но в современных реалиях отсутствие регламента на проведение каждого аудиологического исследования и установленного времени и объема для осуществления реабилитационных мероприятий в нормативных документах влечет за собой снижение качества оказываемой помощи.

Цель работы. Определение проблем в реализации на практике действующих нормативных актов и внесение предложений для повышения эффективности работы сурдологической службы.

Материалы и методы. Выполнен анализ нормативной документации, регламентирующей работу сурдологической службы. Методика анализа включала в себя детальное изучение документа, анализ его положений, а также оценка полноты и достаточности его приложений.

Результаты. На основании проведенного анализа выявлен ряд организационных проблем, включающих в себя:

- отсутствие рекомендуемого времени для проведения объективных и субъективных аудиологических исследований;

- отсутствие дифференцированной нагрузки в зависимости от оказания помощи детскому и взрослому населению с учетом объема проводимых обследований;

- несовпадение рекомендуемого приложениями приказа №178 Минздрава России от 09.04.2015г. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология» штата сурдологических кабинетов и центров с приказом Минздрава России от 02.05.2023г. №205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;

- сложности в исполнении приказа № 402н/631н Минтруд России и Минздрава России от 10 июня 2021г. «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» ввиду нехватки персонала, недостаточного количества сурдологических кабинетов и центров и отсутствия соответствующего оснащения.

Также среди вопросов, требующих решения, выделены следующие аспекты:

- создание унифицированного реестра и базы пациентов с нарушениями слуха, так как их отсутствие затрудняет ведение отчетной документации, а также анализ и обработку статистических данных;

- разработка и внедрение инструкций по распределению функциональных обязанностей при проведении аудиологического скрининга.

Таким образом, имеющиеся несоответствия существенно затрудняют реализацию действующих нормативных актов и негативно сказываются на качестве оказываемой помощи по профилю сурдология-оториноларингология. В свою очередь, решение поставленных задач поможет оптимизировать и усовершенствовать работу сурдологической службы.

МУКОЦЕЛЕ НОСОВОГО СИНУСА

Алибеков И.М.^{1,2,3*}, Гуз Д.Г.², Нохрин А.В.³, Чумак К.С.^{1,2}, Джалилова А.А.^{1,2},

Алиев Р.Н.¹, Коротина М.С.¹

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

²БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»

³БУ ХМАО-Югры «Лангепасская городская больница»

*E-mail: alibekovu@bk.ru

Введение. В последние десятилетия отмечен неуклонный рост заболеваний оториноларингологического профиля, обусловленный ухудшающимися экологическими условиями среды обитания, увеличением числа респираторных аллергенов и вирусных заболеваний, прогрессирующим снижением местного и общего иммунитета.

Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего заболевания составляет 13,9%. Из них ведущей патологией, с которой приходится сталкиваться оториноларингологу – это болезни носа и околоносовых пазух. Данную группу составляют до 52% больных, находящихся на лечении в ЛОР-стационарах.

Киста верхнечелюстных пазух (КВЧП) – одно из наиболее распространенных заболеваний в оториноларингологической практике. Удельный вес КВЧП в структуре патологии околоносовых пазух (ОНП) составляет 18,1%. Лечебная тактика при КВЧП зависит от наличия и выраженности клинических проявлений заболевания.

Цель работы. Лечение пациентов в амбулаторных условиях (дневной стационар) и в круглосуточном стационаре с применением малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» г. Сургута, БУ ХМАО-Югры «Лангепасская городская больница», г. Лангепас. В работу включались пациенты, пролеченные под местной анестезией в условиях дневного стационара СГКП №3 и под эндотрахеальным наркозом в условиях круглосуточного стационара Лангепасской городской больницы.

Для оперативного вмешательства по удалению кисты верхнечелюстной пазухи необходимо:

1. Консультация ЛОР-хирурга для постановки точного диагноза и определения чётких показаний к операции.

2. Обязательно сделать КТ носа и околоносовых пазух, для индивидуального планирования объёма вмешательства. КТ также помогает хирургу ориентироваться по ходу операции.

3. После того, как ЛОР-врач подтвердил необходимость операции, нужно амбулаторно пройти общее предоперационное обследование и получить заключение терапевта и других специалистов согласно сопутствующей патологии об отсутствии противопоказаний.

Очень важно строго соблюдать рекомендации, данные лечащим врачом, так как их нарушение влечет за собой серьезные последствия.

Противопоказания к гайморотомии:

- наличие серьезной соматической патологии;
- нарушения свертываемости крови (геморрагические диатезы, гемобластозы);
- острые инфекционные заболевания;
- обострение хронических заболеваний;
- острый гайморит (относительное противопоказание).

Результаты. После выставления диагноза киста верхнечелюстной пазухи более 90% пациентов были направлены на плановое оперативное лечение – микрогайморотомию с использованием видеоэндоскопических технологий. Остальные были направлены на консервативное лечение и дальнейшее динамическое наблюдение, улучшение наступало на 3-5 день после операции: прекращались жалобы на заложенность носа, чувство давления в гайморовой пазухе, снижалось количество отделяемого из носа, улучшалось носовое дыхание. Об эффективности лечения судили по клиническим и риноскопическим данным. По итогам последующего динамического наблюдения среди оперированных пациентов достигнуто клиническое выздоровление более 89-90%. Побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы:

1. Золотым стандартом диагностики кисты верхнечелюстной пазухи является компьютерная томография околоносовых пазух.

2. При наличии у пациента кисты в пазухе, лечение возможно только хирургическое, т.е. проводится операция по удалению кисты. Не все кисты подлежат удалению, и, следовательно оперативное лечение проводится только при наличии показаний, которые определяет врач.

ОТОАНТРИТ

Алибеков И.М.^{1,2*}, Москалев В.А.², Пилипенко А.А.³, Алиев Р.Н.¹, Коротина М.С.¹

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

²БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

³БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница»

*E-mail: alibekovu@bk.ru

Введение. Отоанtrit – сочетание острого гнойного воспаления среднего уха с воспалительным процессом в пещере сосцевидного отростка (антруме).

Этиологическим фактором возникновения отоантрита является также патогенная микрофлора, которая явилась причиной острого среднего отита. Наиболее часто это *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus hemolyticus*, *Haemophilus influenzae*. Местными факторами, благоприятствующими развитию отоантрита, являются возрастные особенности: повышенное кровоснабжение кости, широкий вход в антрум, быстрое развитие отека слизистой при воспалении, незрелость мерцательного эпителия слуховой трубы, приводящая к задержке воспалительного экссудата в барабанной полости.

Клиническое наблюдение. Пациент А., 49 лет, находился на стационарном лечении в Сургутской клинической травматологической больнице с 08.04. по 11.04.2024 г. с диагнозом: острый гнойный средний отит слева, отоанtrit. Вторичный энцефалит в нижней извилине левой височной доли. После консультации ЛОР врача направлен на госпитализацию в БУ СОКБ на оперативное лечение.

При поступлении состояние пациента средней степени тяжести, сознание ясное. При обследовании нарушений общего состояния не выявлено, органы грудной и брюшной полости были в пределах возрастной нормы. ОАК, Б/хАК и ОАМ без отклонений.

Результаты инструментальных исследований: МРТ головного мозга (амбулаторно) от 05.04.2024 г.: МРТ-картина очага деструкции в сосцевидном отростке левой височной кости с деструкцией верхней костной стенки, распространением процесса на височную долю мозга и формированием отечно-воспалительного процесса в мозговом веществе (картина характерна для острого гнойного мастоидита, осложненного церебритом).

Локальный статус.

Ушная раковина слева: кожный покров физиологической окраски, при пальпации безболезненная, заушная область – кожный покров физиологической окраски, мягкие ткани без особенностей, пальпация и перкуссия р.mastoideus – безболезненная, переходная заушная складка сглажена, оторея – нет. Отоскопия слева: Наружный слуховой проход – кожный покров физиологической окраски, широкий, свободный, барабанная перепонка –

гиперемирована, взбухает, целая, опознавательные знаки смазаны. справа Слуховой паспорт слева 6,0 м РР 5,0м 6,0м ШР 3,0м без латерализации W без латерализации R+ R R+ не укорочено Sch не укорочено.

На основании данных анамнеза и клинической картины больному выставлен диагноз: Основной: Острый гнойный отит слева. Отоанtrit слева. (H70.0). Осложнение основного: Вторичный энцефалит в нижней извилине левой височной доли (G05.0).

Учитывая клиническую картину, данные анамнеза и инструментальных исследований 11.04.2024г. пациенту выполнено экстренное оперативное лечение в объеме санирующая антростома слева под ЭТН. В антрум установлен силиконовый дренаж №1,4. На левое ухо наложена асептическая повязка. В раннем послеоперационном периоде пациент отмечает дискомфорт, незначительную боль в области прооперированного уха. На левом ухе асептическая повязка скудно пропитана раневым отделяемым.

В послеоперационном периоде: кожный покров физиологической окраски, при пальпации безболезненная, заушная область – кожный покров физиологической окраски, мягкие ткани слегка пастозные, в заушной области слева шовная линия, без признаков воспаления, нагноения, диастаза краев, через фиксированный силиконовый антродренаж – скудно сукровичное раневое отделяемое, пальпация и перкуссия р.mastoideus – безболезненная, оторрея – нет.

16.04.2024 г. выполнена Магнитно-резонансная томография головного мозга:

Заключение: МР-картина крупного очага в левой височной доле, учитывая анамнез вероятно поствоспалительные изменения.

На седьмой день после операции в заушной области слева шовная линия, без признаков воспаления, нагноения, диастаза краев, через фиксированный силиконовый антродренаж – раневого отделяемого нет. дренаж удален, пальпация и перкуссия р.mastoideus – безболезненная, оторрея – нет.

Проведена телемедицинская консультация 17.04.2024г с нейрохирургом СКТБ:

Заключение: По данным МРТ-головного мозга положительная динамика. У больного признаки энцефалита. Нейрохирургическое лечение не показано.

По данным клинических и биохимических анализов крови данных за острый воспалительный процесс нет, по данным МРТ головного мозга положительная динамика. Очаговое изменение в головном мозге может сохраняться продолжительное время.

Учитывая отсутствие очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков, общемозговой симптоматики в стационарном лечении и в переводе в неврологическое отделение не нуждается. Пациент выписан под динамическое наблюдение врача-оториноларинголога, невролога в поликлинику по м\ж.

Выводы. Залогом благоприятного результата лечения пациентов с острым гнойным средним отитом и его осложнениями является своевременное обращение к ЛОР-врачу и правильный выбор тактики планового и экстренного оперативного лечения с использованием высокотехнологичных современных медицинских технологий.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ НОСА

Алибеков И.М.^{1,2*}, Чумак К.С.^{1,2}, Алиев Р.Н.¹, Коротина М.С.¹

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

²БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»

*E-mail: alibekovu@bk.ru

Введение. Перспективным направлением Российской медицины является расширение внебольничной квалифицированной, специализированной хирургической помощи, за счет внедрения прогрессивных технологий в амбулаторных условиях. Амбулаторная оперативная оториноларингология – одно из структурных подразделений современной медицины, где можно выполнить более 60-70% операций при соответствующем современном оснащении и квалифицированном подборе сотрудников.

Ведущая патология, с которой приходится сталкиваться оториноларингологу – это болезни носа и околоносовых пазух. Данную группу составляют до 52% больных, находящихся на лечении в ЛОР-стационарах (Пискунов Г.З., Лопатин А.С., 1992, Абдулкеримов Х.Т., 2002, 2005 и др.).

Внедрение эндоскопических методик в условиях дневного стационара позволяет максимально минимизировать болевые ощущения, практически безболезненно провести операцию при соответствующем подборе правильных местных анестетиков, сократить время пребывания пациента в лечебном учреждении и сроки нетрудоспособности пациента.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» г. Сургута.

В дневном стационаре «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» с 2010 года широко применяются эндоскопические методы для диагностики и хирургического вмешательства при оториноларингологической патологии.

Отделение располагает оснащенный операционным блоком, палатами для индивидуального послеоперационного ведения, процедурным и перевязочным кабинетами, необходимым набором эндоскопического оборудования и инструментарием для проведения операций.

Результаты. Первичный отбор больных на плановую хирургическую операцию проводят врачи-оториноларингологи отделения.

Для плановой предоперационной подготовки, пациенты проходят предоперационное обследование и медикаментозную подготовку по месту жительства после первичной консультации врачей-оториноларингологов дневного стационара «СГКП №3». Для определения возможности планового оперативного лечения в амбулаторных условиях в дневном стационаре «СГКП №3» разработан четкий перечень показаний, противопоказаний.

Выводы:

1. Залогом благоприятного результата лечения пациентов с патологией носа и околоносовых пазух в дневном стационаре, является соблюдение всех правил маршрутизации и своевременное оказание медицинской помощи.
2. Качественный профессиональный отбор пациентов на плановое хирургическое лечение в амбулаторных условиях снижает или практически исключает риск операционных и постоперационных осложнений, не снижая качество проводимого лечения.
3. В результате правильного послеоперационного ведения больного и при соблюдении пациентом всех рекомендаций, назначенных лечащим врачом, регулярное наблюдение у ЛОР-врача по месту жительства в течение 1, 3, 6 месяцев и 1 года, сокращаются нежелательные послеоперационные осложнения (в виде синехий, сухости, корочек полости носа и т.д.), восстанавливается функция носа в полном объеме.

СПОСОБ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ИЗГИБЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Аникин И.А.¹, Князев А.Д.^{1*}, Мамедова А.Д.¹, Аникин М.М.²

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: kad94@inbox.ru

Одним из наиболее важных этапов тимпаноластики являются манипуляции в передней и нижней части медиального отдела наружного слухового прохода (НСП), в области переднего меатотимпанального угла. Данный угол формируется за счет физиологического наклона барабанной перепонки кпереди и выбухания костной части передней стенки НСП, вследствие расположения кпереди от неё височно-нижнечелюстного сустава. Данные анатомические особенности могут приводить в ряде случаев к достаточно выраженному изгибу кпереди НСП,

что ограничивает визуализацию передних отделов барабанной перепонки и затрудняет работу в зоне переднего меатотимпанального угла. Недостаточный обзор в данной области может стать причиной рецидива дефекта барабанной перепонки, формирования затупления переднего меатотимпанального угла, латерального смещения неотимпанальной мембраны, а также возможного развития холестеатомы.

Нами предложен способ тимпаноластики при изгибе НСП, позволяющий повысить эффективность хирургического вмешательства у пациентов с подобными анатомическими особенностями.

Данный способ осуществляют следующим образом: до оперативного вмешательства выполняют компьютерную томографию (КТ) височных костей. По её данным производят измерение толщины кости передней стенки НСП на всем её протяжении от капсулы височно-нижнечелюстного сустава до просвета НСП. Выявляют её наиболее узкие и широкие участки, определяют особенности положения капсулы височно-нижнечелюстного сустава.

Хирургическое вмешательство осуществляют в условиях многокомпонентной анестезии заушным доступом. Под контролем операционного микроскопа производят отсепаровку кожи задней стенки НСП. Режущими борами удаляют *spina Henle*, сглаживают кость дистального отдела задней стенки НСП до просвечивания ячеек сосцевидного отростка. Производят поперечный разрез кожи задней стенки НСП для вскрытия его просвета. Затем ножом Розена осуществляют разрез кожи передней стенки НСП на уровне максимальной толщины её кости. Разрез производят дугообразно от 12-ти до 6-ти часов условного циферблата. Далее отсепаровывают кожу передней стенки НСП в медиальном и латеральном направлении от выполненного разреза, с формированием двух лоскутов. Алмазным бором 2,0 мм производят удаление нависающего участка кости передней стенки НСП в направлении от дистальных к медиальным отделам до толщины кости 1,0 – 1,5 мм, формируя передний меатитимпанальный угол размером в 90 градусов. Далее отсепарованные кожные лоскуты передней стенки НСП возвращают на оголенную кость. Производят подготовку ложа для фасциального трансплантата по методу *overlay*, ревизию барабанной полости и цепи слуховых косточек. Далее выполняют мирингопластику фасциальным лоскутом, отсепарованную кожу укладывают на оголенные костные стенки НСП. После чего на фасциальный лоскут помещают силиконовую пластину толщиной 0,3 мм, круглой формы диаметром 8,0 мм. Вторую силиконовую пластину прямоугольной формы толщиной 0,3 мм, длиной 15,0 мм и шириной 0,8 мм укладывают на кожные лоскуты передней стенки НСП до соприкосновения с ранее уложенной пластиной в области переднего меатитимпанального угла. НСП тампонируют шелковой нитью. Заушную рану послойно ушивают. Накладывают асептическую повязку.

Данный метод был успешно применен нами в лечении пациента с правосторонним хроническим средним отитом с выраженным нависанием передней стенки НСП. Пациент К., 28 лет, обратился в ФБГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» с диагнозом: правосторонний хронический средний отит, мезотимпанит. При отоскопии определялось, что НСП свободный, выраженно изогнут кпереди. Визуализировалась субтотальная перфорация барабанной перепонки, при этом её передний край был необозрим, отделяемого не было. Пациенту выполнена операция на правом ухе по разработанному способу. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

Пациент был выписана на 7 сутки после операции с тампонами в НСП. Тампоны были удалены на 21 сутки после операции амбулаторно. При отомикроскопии определялось, что НСП широкий, свободный, передний меатотимпанальный угол полностью обозрим. Фасциальный лоскут розовый, состоятельный, без дефектов. По данным контрольной тональной аудиометрии отмечаются среднее пороги звукопроводения в зоне речевых частот – 25 дБ.

Таким образом, предложенный способ позволяет повысить эффективность хирургического вмешательства при выраженном изгибе костного отдела НСП путем улучшения обзора в области переднего меатотимпанального угла с одновременным снижением риска интраоперационного повреждения капсулы височно-нижнечелюстного сустава.

ФЛЕГМОНА ШЕИ. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ

Аревина В.Е.*, Егоров В.И., Мустафаев Д.М.

ГБУЗ МО МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

*E-mail: vik.dyatlova21@yandex.ru

Введение. Флегмона шеи – острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств шеи, которое встречается в 10-12% случаев среди всех гнойно-воспалительных оториноларингологических заболеваний. Число новых случаев остается на высоком уровне и имеет тенденцию к увеличению, что обусловлено рядом причин: изменилась патогенность и вирулентность микроорганизмов; возросла их резистентность к антибиотикам; в значительной мере изменилась иммунологическая реактивность макроорганизма; низкий уровень профилактики ЛОР-заболеваний и несвоевременная санация полости рта; позднее обращение за медицинской помощью.

Пациент с подозрением на флегмону шеи должен быть госпитализирован в ЛОР-отделение. В качестве диагностики проводятся следующие клиничко-лабораторные

исследования: общий анализ крови (где чаще всего выявляется лейкоцитоз); биохимический анализ крови (где выявляется повышение С-реактивного белка, наблюдается и на фоне нормального количества лейкоцитов); состояние кислотно-щелочного состава крови; уровень прокальцитонина в крови; компьютерная томография шеи и органов грудной клетки с контрастированием; при отсутствии возможности проведения компьютерной томографии, рентгенография (рентгенография шеи по Земцову и обзорная рентгенография грудной клетки и средостения в двух проекциях). После того, как диагностирована флегмона шеи, проводится следующее комплексное лечение: хирургическое лечение с адекватным дренированием; антибактериальное лечение; дезинтоксикационное лечение; мероприятия, направленные на восстановление гомеостаза основных функциональных систем организма; иммунокорректирующая терапия (по показаниям); общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами; адекватное ведение раны в послеоперационном периоде. Учитывая наличие у пациента с флегмоной шеи таких симптомов, как нарушение функции глотания, дыхания, тризм жевательных мышц, сужение просвета рото-и гортаноглотки, показана интубация трахеи врачом-эндоскопистом; при выраженном затруднении дыхания и невозможности интубации показана превентивная трахеостомия. Экстубация данных пациентов происходит в условиях реанимации под эндоскопическим осмотром, не ранее чем на вторые сутки.

Выводы:

- 1) Течение воспалительных заболеваний ЛОР-органов с осложнением в виде флегмоны шеи является показанием для лечения пациента в ЛОР-стационаре.
- 2) Флегмоны шеи тонзиллогенного генеза имеют глубокую локализацию, в связи с чем симптоматика тонзиллогенной флегмоны шеи маскируется клиникой течения первичного воспалительного заболевания.
- 3) Вскрытие флегмоны шеи рекомендуется проводить только под общей анестезией.
- 4) При вскрытии глубокой флегмоны шеи требуется проводить ревизию магистрального сосудисто-нервного пучка шеи.
- 5) Интубацию пациентов с затруднением дыхания выполняют под контролем фиброскопа, при невозможности выполняют превентивную трахеостомию.
- 6) Контроль эффективности лечения проводится на основании изучения динамики общих и местных клинических проявлений заболевания и изучения основных показателей гомеостаза.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ И КОИНФЕКЦИЙ В КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЯХ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Афанасьев В.В.^{1,3*}, Артюшкин С.А.^{1,2}, Алексеенко С.И.^{1,2}, Исанкина Л.Н.³,
Грязнова И.А.³

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России

²ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

³СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф.Филатова»

*E-mail: streetva@gmail.com

Введение. COVID-19, вызванный вирусом SARS-CoV-2, представляет особую угрозу для детей, особенно с учетом увеличения заболеваемости среди педиатрических пациентов. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо (ЛЭГК), включающее аденоиды и миндалины, играет важную роль в иммунной защите от респираторных инфекций. Хроническая адено tonsиллярная патология (ХАТ) распространена среди детей, но влияние этой патологии на течение COVID-19 и частоту сопутствующих инфекций остается малоизученным.

Цель исследования. Определить влияние хронической адено tonsиллярной патологии (ХАТ) на течение COVID-19 у детей, а также изучить частоту и характер сопутствующих бактериальных и вирусных коинфекций.

Материалы и методы. Исследование было проведено в период с января 2022 года по март 2023 года в Санкт-Петербурге и включало 493 ребенка, из которых 300 пациентов с COVID-19 и 144 ребенка с хронической адено tonsиллярной патологией (ХАТ). Все участники были разделены на четыре группы для анализа влияния ХАТ на течение COVID-19: 1) дети с COVID-19 и ХАТ; 2) дети с COVID-19 без ХАТ; 3) дети с ХАТ без COVID-19; 4) дети без COVID-19 и без ХАТ.

Клинические данные, а также лабораторные показатели были собраны и проанализированы. Для статистического анализа использовались непараметрические методы: критерий Манна-Уитни, и критерий Хи-квадрат, вычисления проводились в среде R.

Этические аспекты исследования были соблюдены в соответствии с Хельсинкской декларацией, а протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». Все пациенты и их законные представители дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. Анализ показал, что дети с COVID-19 и хронической адено tonsиллярной патологией (ХАТ) демонстрировали более тяжелое течение заболевания по сравнению с

детьми без ХАТ. Средняя длительность госпитализации у детей с COVID-19 и ХАТ составила 7,9 дня, что значительно больше по сравнению с 6,0 дня у детей с COVID-19 без ХАТ ($p < 0,0001$). Продолжительность лихорадки у детей с ХАТ и COVID-19 была в среднем 3,7 дня, что превышает 3,1 дня у детей без ХАТ ($p = 0,03$). Максимальная температура у детей с ХАТ и COVID-19 достигала 38,8 °С по сравнению с 38,6 °С у детей без ХАТ ($p = 0,004$).

Частота бронхита среди детей с COVID-19 и ХАТ составила 15,2%, что значительно выше по сравнению с детьми с COVID-19 без ХАТ (3,7%, $p=0,001$). Частота пневмонии также была выше у детей с COVID-19 и ХАТ (17,7%) по сравнению с детьми без ХАТ (5,9%, $p=0,03$).

Бактериальные коинфекции встречались значительно чаще у детей с COVID-19 и ХАТ (62,5%) по сравнению с детьми без ХАТ (15%, $p < 0,0001$). Это привело к более частому назначению антибиотиков у детей с ХАТ (75% против 46,8% у детей без ХАТ, $p < 0,0001$). Лабораторные данные показали, что уровень лейкоцитов был выше у детей с ХАТ и COVID-19 ($9,96 \times 10^9/\text{л}$) по сравнению с детьми без ХАТ ($8,25 \times 10^9/\text{л}$, $p = 0,019$).

Эти данные подчеркивают, что ХАТ является значимым фактором, утяжеляющим течение COVID-19 и увеличивающим риск развития бронхита, пневмонии и бактериальных коинфекций у детей.

Выводы. Хроническая адено tonsиллярная патология (ХАТ) существенно утяжеляет течение COVID-19 у детей. Дети с COVID-19 и ХАТ демонстрируют более продолжительную госпитализацию, длительный лихорадочный период и повышенную частоту бронхита и пневмонии. Частые бактериальные коинфекции в этой группе требуют более частого применения антибиотиков. Эти данные подчеркивают необходимость внимательной диагностики и более агрессивного лечения детей с ХАТ, заболевших COVID-19, для снижения осложнений и улучшения исходов. Дальнейшие исследования помогут лучше понять взаимодействие COVID-19 и ХАТ и оптимизировать подходы к лечению.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МОМЕТАЗОНА В ПОЛИПОЗНОЙ СЛИЗИСТОЙ НОСА

Афлитонов М.А.*, Безрукова Е.В. Артюшкин С.А.

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России

*E-mail: maksim-aflitonov@yandex.ru

Введение. Хронический полипозный риносинусит (ХРПС) является одной из наиболее частых патологий с рецидивирующим течением, требующей постоянного динамического

наблюдения пациентов. Отрицательное течение заболевания наблюдается во всех возрастных группах. Индукция ремиссии при ХРПС достигается топическими глюкокортикостероидами (тГКС). В 31% случаев достигнуть ремиссии не удастся из-за резистентности воспаленных тканей, причины которой до настоящего времени не уточнены. Имеются данные о схожих патогенетических механизмах прогрессирования ХРПС и бронхиальной астмы, аллергического ринита. Согласно концепции «единого дыхательного пути» патогенетические циклы и связанные с ними механизмы резистентности носят сочетанный характер. В настоящее время существует необходимость подходов, повышающих эффективность применения тГКС и преодоления вызванной к ним резистентности.

Цель исследования. Определение концентрации мометазона в полипозной ткани носа.

Материалы и методы. Фрагменты слизистой получали из операционного материала пациентов, которым проводилась полипотомия полости носа (фрагменты полипов пациентов с ХРПС). Интерстициальную жидкость из полипозной слизистой носа получали методом вакуумного аспирационного пузыря. Полученные пробы хранили в низкотемпературном холодильнике до аналитического этапа. Концентрацию мометазона фууроата определяли методикой высокоэффективной жидкостной хроматографии. Статистический анализ проводили с использованием пакета statistica 10, Statsoft Inc., США.

Результаты. Значения концентрации мометазона, определенные в полипозных фрагментах слизистой, полученных методикой аспирационного пузыря на третий час инсталляции составили $76,57 \pm 3,4$ нг/мл. Максимальные значения концентрации мометазона, определенные в гипертрофированных фрагментах слизистой носовых раковин, полученных методикой микродиализа на третий час инсталляции составили $72,45 \pm 1,9$ нг/мл. Максимальные значения концентрации мометазона, определенные в рубцово-измененных фрагментах слизистой, полученных методикой микродиализа на третий час инсталляции составили $46,64 \pm 2,1$ нг/мл.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют об однотипности фармакокинетических паттернов для полипозной, гипертрофированной, рубцово-измененной слизистой полости носа. Биодоступность мометазона максимальна в полипозной ткани, минимальна в рубцово-измененной ткани.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Бажухин Д.В.¹, Володеев А.В.^{1,2}, Кротова А.С.¹, Бухарова К.П.¹, Агапова М.С.¹

¹АО «Медико-санитарная часть «Нефтяник», г. Тюмень

²ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: a.shrubchenko@mail.ru

Введение. Приобретенная атрезия наружного слухового прохода — редкое патологическое состояние, характеризующееся образованием плотной фиброзной ткани в медиальной части наружного слухового прохода. Приобретенная атрезия наружного слухового прохода является редкой причиной кондуктивной потери слуха. Традиционно данную патологию подразделяют на 4 категории: травматическая, послеоперационная, неопластическая и поствоспалительная. Поствоспалительная приобретенная атрезия наружного слухового прохода считается результатом хронического рецидивирующего наружного отита и встречается с частотой 0,6 случая на 100 000 (Беккер и Тос, 1998). Диагноз ставится клинически и впоследствии подтверждается компьютерной томографией височной кости. Единственным эффективным лечением является хирургическое вмешательство, которое является трудной задачей и сопровождается частыми рецидивами. В среднем, частота рецидивов в виде повторного развития атрезии или клинически значимого стеноза составляет 28–100%.

Цель работы. Описать клинический случай хирургического лечения при помощи лазерного аппарата FIBERLASE VT с длиной волны 1,94 мкм у пациента с приобретенной поствоспалительной атрезией наружного слухового прохода.

Клинический случай. Пациент М., 55 лет, поступил в отделение оториноларингологии АО «МСЧ «Нефтяник» г. Тюмень 02.06.2023 года с диагнозом: приобретённая атрезия наружного слухового прохода справа. Жалобы на момент госпитализации: стойкое снижение слуха справа. Из анамнеза известно, что на протяжении года пациенту проводилась консервативная терапия по поводу правостороннего хронического наружного отита. В последние полгода пациент стал отмечать постепенное снижение слуха, которое перешло в стойкое снижение слуха. На догоспитальном этапе был проведен ряд обследований: оценка лабораторных показателей, микробиологическое исследование, предоперационная подготовка, тональная пороговая аудиометрия (кондуктивная форма тугоухости справа III степени), компьютерная томография височных костей от 26.08.2022 г. - наружный слуховой проход справа: хрящевая часть без особенностей, костная часть тотально заполнена фиброзной тканью, без признаков костной деструкции, структуры среднего и внутреннего уха

не изменены. 03.06.2023 пациенту было выполнено оперативное вмешательство под эндотрахеальным наркозом, выполнена инфильтрация Sol. Novocainш 0,25% - 10ml всех стенок наружного слухового прохода. Под контролем эндоскопа 0 градусов и посредством лазерного аппарат FIBERLASE VT с длиной волны 1,94 мкм - выполнено послойное иссечение фиброзной ткани костной части наружного слухового прохода, визуализирована барабанная перепонка - на всем протяжении. В наружный слуховой проход установлен ушной тампон merocel. В послеоперационном периоде пациент в течение месяца ходил с тампонадой и капал в наружный слуховой проход капли комбинил по 3 кап. 3 раза в день. Через 1 месяц пациенту было выполнено растампонирующее наружного слухового прохода. После удаления тампонады уха пациент на протяжении двух недель обрабатывал наружный слуховой проход 1% гидрокортизоновой мазью 2 раза в день. В динамике эндоскопический осмотр наружного слухового прохода проводился каждую неделю в течение трех месяцев, затем один раз в месяц на протяжении полугода. Была выполнена контрольная компьютерная томография височных костей от 01.12.2023 – наружный слуховой проход справа в хрящевом и костном отделе пневматизирован, признаков рестенозирования не наступило.

Выводы. Лечение приобретенной атрезии остается сложной задачей. Использование данной хирургической техники и регулярный послеоперационный осмотр минимизировали риск рецидива атрезии и способствовали понижению порогов слуха.

СИНОАЗАЛЬНАЯ ИНВЕНТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ДОСТУПА

Бажухин Д.В.¹, Володеев А.В.^{1,2}, Кротова А.С.¹, Бухарова К.П.¹, Киселева М.Ю.²

¹АО «Медико-санитарная часть «Нефтяник», г. Тюмень

²ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: a.shrubchenko@mail.ru

Введение. Инвентированная папиллома (ИП) является доброкачественной опухолью и наиболее распространенным подтипом синоназальных папиллом. Составляет около 0,5-7% новообразований полости носа и околоносовых пазух. Развивается из шнейдеровой мембраны и прорастает в подлежащую строму с типичным эндофитным характером роста. Является локально-агрессивным доброкачественным новообразованием так как приводит к костному ремоделированию и деструкции, а также характерна склонностью к рецидивированию и озлокачествлению.

Цель работы. Представить клинический случай хирургического лечения у пациентки с рецидивирующей инвертированной папилломой полости носа, верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта.

Материалы и методы. Пациентка Г., 63 года, в анамнезе было проведено удаление ИП верхнечелюстной пазухи, полости носа и клеток решетчатого лабиринта три раза: первое оперативное вмешательство проводилось в 2013 году доступом через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи, повторные проводились в 2019 и 2020 годах эндоскопическим доступом через средний носовой ход. В 2022 году пациентка выполнила контрольную мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) по результатам которой выявлен рецидив инвертированной папилломы – локализующийся в гайморовой пазухе, *bulla ethmoidale* и в среднем носовом ходу справа. В связи с рецидивирующим течением заболевания, а так же проводимым ранее доступом через переднюю стенку, принято решение о комбинированном доступе через переднюю стенку и средний носовой ход под видеоэндоскопическим и навигационным контролем, с одномоментной обработкой алмазным бором и биполярной коагуляцией места локализации ИП.

Результаты. Жалобы при поступлении: заложенность носа, задняя ринорея, периодически головная боль и лицевая боль. На амбулаторном этапе выполнена предоперационная подготовка. На базе МСЧ «Нефтяник, пациентке было выполнено удаление ИП комбинированным доступом. Под эндотрахеальным наркозом, в положении лежа на спине, после обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина, выполнена установка навигационной системы Medtronic. Произведена инфильтрация слизистой оболочки переднего конца и основания средней носовой раковины, слизистой в проекции клыковой ямки *sol. Naropini 2%* в объеме 10 мл справа, при помощи скальпеля выполнен доступ к передней стенке верхнечелюстной пазухи – визуализирована рубцовая ткань, выполнено скелетирование ткани, визуализирован сформированный ранее доступ – визуализирована ИП в верхнечелюстной пазухе, посредством кусачек Блексли и шейверной системы выполнено удаление ИП под контролем риноскопа 0° и 30°, средняя раковина редрессирована медиально визуализирована ИП, выполнено ее удаление, вскрыта *bulla ethmoidale* и удалена ИП, локализующаяся в ней. Материал отправлен на гистологическое исследование. Затем, выполняя эндоскопический контроль через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи при помощи алмазного бора и биполярного пинцета через полость носа справа, выполнена обработка зоны роста ИП. Кровотечение в объеме 100 мл остановилось самостоятельно. Выполнена биодegradуемая тампонада. В преддверие полости рта наложены швы vicril 3-0. Интра- и послеоперационный период протекал без осложнений. Период госпитализации составил 5 дней, в послеоперационном периоде каждый

день выполнялась санация полости носа. Заключение гистологического исследования – морфологическая картина инвертированной переходноклеточной папилломы. После выписки пациента из стационара проводился динамический контроль через 2 недели, через 1 месяц и через 3 месяца. Через 6 месяцев после операции была выполнена контрольная МСКТ – по результатам которой визуализировано расширенное естественное сообщение верхнечелюстной пазухи, верхнечелюстная пазуха справа пневматизирована, данных за рецидив ИП нет. Эндоскопически в полости носа справа визуализируется расширенное естественное сообщение верхнечелюстной пазухи – без признаков воспаления.

Выводы. Высокий риск рецидива и злокачественной трансформации ИП требуют широкой хирургической резекции. Широкий обзор операционного поля и правильно выполненные этапы операции на месте роста ИП, включая удаление слизистой оболочки, абляцию надкостницы, сверление кости и абляцию кости, могут эффективно предотвратить рецидив ИП.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПРИЕМОМ БИСФОСФОНАТОВ

Бакотина А.В., Набиева Л.В.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,
Научно-образовательный институт стоматологии им. А.И. Евдокимова

*E-mail: leyla.010@mail.ru

Введение. Верхнечелюстной синусит является распространенным осложнением бисфосфонат-ассоциированного некроза верхней челюсти. Примерно две трети поражений приходится на нижнюю челюсть, одна треть локализуется в верхней челюсти. В 40-50% случаев верхнечелюстного некроза поражается верхнечелюстная пазуха, что приводит к верхнечелюстному синуситу. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей является одним из самых распространенных и нередко рецидивирующих заболеваний, рост случаев которого отмечается с 2003 г. чаще у онкологических больных (94%), хотя отмечаются единичные случаи этой патологии у пациентов с остеопорозом и болезнью Педжета.

Цель исследования. Определение тактики обследования и лечения пациентов с верхнечелюстным синуситом ассоциированным приемом бисфосфонатов.

Материалы и методы:

1. Сбор жалоб и анамнеза;
2. Клинический осмотр;

3. Клинический анализ крови;

4. Неинвазивные биохимические методы диагностики и мониторинга скелетных нарушений, основанные на определении соотношения и интенсивности процессов образования и разрушения костной ткани. Преимущественно специфичными и точными являются маркеры: остеокальцин, аминотерминальный пропептид проколлагена I типа, костно-специфическая щелочная фосфатаза относятся к одним из наиболее доступных и распространенных показателей костеобразования, а С-концевой телопептид – β CrossLaps (СТХ) и тартрат-резистентная кислая фосфатаза – к маркерам костной резорбции;

5. Исследование уровня прокальцитонина;

6. Микробиологическое (культуральное) исследование патологического отделяемого на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы с определением возбудителя и его чувствительности к антибактериальным или/и другим лекарственным препаратам для выбора адекватной терапии а также при неэффективности эмпирических курсов антибиотикотерапии;

7. ОПТГ;

8. Компьютерная томография челюстно-лицевой области;

9. Мультиспиральная компьютерная томография челюстно-лицевой области;

10. Магнитно-резонансная томография челюстно-лицевой области;

11. Сцинтиграфия костей лицевого черепа.

12. Трансиллюминационная компрессионная ангиотензометрия (ТКАТМ).

Выводы:

1. В связи с увеличением числа онкобольных пациентов и пациентов с остеопорозом, назначение бисфосфонатов приводит к некрозу верхней челюсти, в связи с чем мы наблюдаем увеличение количества верхнечелюстного синусита, ассоциированного приемом бисфосфонатов.

2. Возникновение верхнечелюстного синусита, ассоциированного приемом бисфосфонатов, связано с проведением хирургических вмешательств в полости рта (удаление зубов, цистэктомии, пародонтологические хирургические вмешательства).

3. Количество пациентов в последние годы с данным осложнением увеличилось, что определяет актуальность этой темы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ ВНУТРЕННЕГО УША У ПАЦИЕНТОВ С ОТОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ, ВЫПОЛНЕННОЙ ПРИ ПОМОЩИ ЛАЗЕРНОЙ АССИСТЕНЦИИ И ПРИ ПОМОЩИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

Блинова М. Л.^{1*}, Голованов А. Е.^{1,2}, Исаченко В.С.^{1,3}

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

³Медицинский институт Санкт-Петербургского государственного университета

[*m.blinova@niilor.ru](mailto:m.blinova@niilor.ru)

Введение. Возникновение вестибулярных и кохлеарных осложнений после стапедопластики являются актуальной проблемой для отохирургов. Повышение порогов по костной проводимости вплоть до полной глухоты является грозным осложнением. Головокружение также является одним из частых и в то же время тягостных осложнений, к которым может привести операция на стремени. Как известно, даже самое деликатное вмешательство в области подножной пластины стремени влечет за собой реакцию со стороны внутреннего уха.

Цель исследования. Рассмотреть влияние стапедопластики, выполненной с применением различных методик, а именно с применением CO₂-лазера и при помощи мануальной техники на кохлеарную, вестибулярную и функцию поддержания равновесия в раннем послеоперационном периоде и в отдаленных сроках. В своем исследовании мы также анализировали эффективность применяемой нами методики пролонгированной доставки дексаметазона к структурам внутреннего уха посредством катетеризации слуховой трубы.

Материалы и методы. В нашем исследовании были сформированы и затем обследованы следующие группы пациентов:

- **А**-пациенты которым была выполнена поршневая стапедопластика: **АI** группа – пациентам выполнялась поршневая стапедопластика с использованием перфораторов для фенестрирования подножной пластины стремени; в послеоперационном периоде пациенты получали ГКС системно по нисходящей схеме; **АII** группа – пациентам выполнялась поршневая стапедопластика мануальной техникой, т.е. с использованием перфораторов для фенестрирования подножной пластины стремени, данной группе пациентов была выполнена катетеризация слуховой трубы силиконовым микрокатетером с последующим введением раствора дексаметазона интратимпанально в течение 4 дней; **АIII** группа – поршневая стапедопластика, где перфорацию в подножной пластине стремени выполняли CO₂ лазером; в

послеоперационном периоде они получали ГКС системно по нисходящей схеме; **AIV** группа - стапедопластика проводилась с применением CO₂ лазера, данной группе пациентов была выполнена установка силиконового микрокатетера в слуховую трубу с последующим введением раствора дексаметазона интратимпанально в течение 4 дней.

- **B** – пациенты, которым была выполнена стапедэктомия: **VI** группа – пациентам была выполнена стапедэктомия; в послеоперационном периоде пациенты получали ГКС системно по нисходящей схеме; **VII** группа пациентов – пациентам была выполнена стапедэктомия; данной группе пациентов была выполнена катетеризация слуховой трубы силиконовым микрокатетером с последующим введением раствора дексаметазона интратимпанально в течение 4 дней.

Нами было проведено обследование пациентов в объеме тональной пороговой аудиометрии до операции, на седьмые сутки после операции и через 3-6 месяцев после операции. Исследование вестибулярной функции при помощи компьютерной видеонистагмографии и стабилотрии проводилось также до операции, на 2-е сутки после операции, на 7-е сутки после операции и спустя 3-6 месяцев после оперативного лечения.

Результаты. Сравнительный анализ обследованных групп пациентов показал, что наиболее быстрая стабилизация со стороны кохlearной и вестибулярной систем в раннем послеоперационном периоде с развитием стойкого функционального результата на отдаленных послеоперационных сроках была достигнута у пациентов, которым выполнялась транстубарная пролонгированная доставка дексаметазона к структурам внутреннего уха в послеоперационном периоде в течение четырех суток после операции. В группах пациентов, которым была выполнена стапедэктомия (**VI** и **VII**) была выявлена наиболее яркая картина раздражения структур внутреннего уха в раннем послеоперационном периоде. В группах, где была выполнена поршневая стапедопластика мануальной техникой (**AI** и **AII**) картина раздражения структур внутреннего уха на ранних сроках была менее выраженной чем у пациентов после стапедэктомии (**VI** и **VII**). В случае поршневой стапедопластики, выполненной при помощи CO₂ лазера (**AIII** и **AIV**), реакция со стороны внутреннего уха была минимальна.

Выводы. Проведенное нами исследование говорит об эффективности интратимпанального применения дексаметазона в раннем послеоперационном периоде у пациентов после стапедопластики. Применяемый нами способ пролонгированной доставки дексаметазона к структурам внутреннего уха является безопасным и физиологичным. Данный метод может применяться с целью профилактики возникновения нежелательных кохлеовестибулярных осложнений.

ХИРУРГИЯ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ ХОАН У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. НУЖНЫ ЛИ СТЕНТЫ

Бреева¹ О.А., Полунин М.М.^{1,2}, Асманов А.И.

¹Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

²ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

*E-mail: breevaluka77@mail.ru

Введение. Врожденная атрезия хоан характеризуется закрытием задних отделов полости носа атретической мембраной, что происходит в 1 случае из 5000-8000. Костная атрезия хоан, встречающаяся в 70% случаев, является основной формой, в то время как смешанные и мембранозные формы встречаются реже. Поражение хоан справа наблюдается вдвое чаще, чем слева, а у девочек это заболевание развивается вдвое чаще, чем у мальчиков. В связи с анатомическими особенностями гортаноглотки новорожденных (высокое стояние надгортанника), приводит к невозможности ротового дыхания у новорожденных и одновременного сосания груди без риска аспирации. Таким образом, клиническая картина полной двусторонней атрезии хоан при рождении может вызвать острую жизнеугрожающую ситуацию в виде респираторного дистресс синдрома, который проявляется тахипноэ, шумным дыханием, апно- кризами, циклическим цианозом, инспираторная одышка, снижение сатурации, межреберная /шейная ретракция мышц, трепетание ноздрей, гипоназальный крик, при кормлении- нарастающая обструкцией дыхательных путей, утомляемость, поперхивание, срыгиванием после еды, аэрофагией. Односторонняя атрезия, напротив, крайне редко дает клинику дыхательной недостаточности, чаще проявляется клинической картиной хронического гнойного риносинусита и инородного тела носовых ходов. Наиболее серьезные последствия наблюдаются при двусторонней атрезии, которая требует экстренного вмешательства: интубации, экстренной хоаноластики, трахеостомии новорожденного.

Цель исследования. Сравнение результатов хирургического лечения врожденной атрезии хоан у грудных детей после традиционной хоаноластики с использованием стентов и бесстентового метода хоаноластики.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2023 гг. коллективом авторов в отделении оториноларингологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева прооперирован 51 ребенок в возрасте от 0 до 1 года включительно (средний возраст 7,4 мес.), с диагнозом врожденной атрезии хоан, имеющие несостоятельное носовое дыхание и признаки дыхательной недостаточности.

Основную группу составили пациент поступившие к нами первично $n=27$; группу сравнения составили 24 пациента, поступившие к нам после традиционной хоанопластики с применением стентов-трубок. Всем детям перед операцией, помимо рутинного осмотра лор органов и стандартного исследования предоперационной подготовки, было выполнено эндоскопическое исследование носовой полости и КТ придаточных пазух. При необходимости, проконсультированы генетиком, неонатологом, неврологом, кардиологом и офтальмологом. Хирургическое лечение в виде эндоскопической эндоназальной хоанопластики была проведена всем детям без применения стентов и тампонады. Этапы операции включали в себя заднюю септотомию, с резекцией дистальных отделов сошника и формированием задних верхних и нижних септальных лоскутов для покрытия оголенных костных участков клиновидной и небной кости. Задние септальные лоскуты были фиксированы с помощью фибринового клея (патент РФ № 2789967).

Результаты. В нашем исследовании всем детям было проведено эндоскопическое исследование полости носа на 7-е и 30-е сутки после операции, в катамнезе все дети также были осмотрены через 6, 12 месяцев. В основной группе дети, прооперированные бесстентовым методом рецидив наблюдался лишь в 1 случае и составил 1,9 %, тогда как в группе сравнения после (с применением стентов-трубок) рецидив составил 66,7% детей. Синехии в основной группе были у 2,9 % детей, тогда как в группе сравнения у 20,9% детей. Гнойные осложнения в виде риносинусита наблюдались у 51% детей в группе сравнения после операции, тогда как в основной группе ни у одного ребенка таких осложнений не встречалось. Грануляции при эндоскопическом осмотре в основной группе не были выявлены ни у одного ребенка, а в группе сравнения у 25,0% детей. При эндоскопическом исследовании у детей в основной группе наблюдалась полная эпителизация раневых поверхностей, сформированные лоскуты полностью покрывали костные структуры задних отделов носа и все раневые поверхности неохоаны. Носовое дыхание полностью восстановилось у всех детей.

Выводы. Бесстентовый метод хоанопластики с применением фибринового клея, является методом выбора у детей с данной патологией, с незначительным процентом рецидива и осложнений. Восстановление носового дыхания происходит сразу после операции, что способствует переводу детей на естественное питания в самые ранние сроки после операции. Существенно сокращаются сроки реабилитационного периода (как после аденотомии). В случаях неблагоприятных анатомических условий, при отсутствии технических возможностей и опыта, традиционный метод хоанопластики с использованием стентов возможен как экстренный первичный этап операции.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ У ДЕТЕЙ

Булышко С.А.^{1*}, Солдатский Ю.Л.¹, Полунин М.М.^{1,2}, Эдгем С.Р.¹

¹ ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», отделение оториноларингологии

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: serb88@gmail.com

Воспалительные заболевания глотки неизменно вызывают высокий научный и клинический интерес. Однако тема парафарингеального абсцесса (ПФА) у детей изучена гораздо меньше, это во многом связано с редкостью данной патологии (по различным данным встречаемость от 1,49 до 2,98 на 100 000 человек). При этом ПФА является потенциально летальным заболеванием и его ранняя диагностика и адекватно подобранная схема лечения – залог скорейшего выздоровления и профилактики осложнений. Пациенты с ПФА нуждаются в экстренной госпитализации в основном для проведения хирургического вмешательства. Клиническая картина у парафарингеальных абсцессов (ПФА) имеет широкий дифференциально-диагностический ряд, что обуславливает сложности в постановке диагноза, в том числе с использованием инструментальных методов исследования. Общеизвестным стандартом в диагностике при подозрении на ПФА является проведение КТ области шеи с контрастным усилением. Выбор лечебной тактики также не однозначен: при определенных условиях возможно успешное консервативное лечение больных с парафарингеальными абсцессами. При консервативном плане лечения должны быть учтены критерии отбора пациентов, контроля эффективности терапии, а также сроки возможного хирургического вмешательства. Для пациентов, требующих экстренного оперативного вмешательства важно определить топографические ориентиры для последующей интраоперационной навигации. На базе нашего отделения разработан алгоритм диагностики и лечения пациентов с ПФА.

Цель работы. На основании разработанного алгоритма провести демонстрацию и анализ клинических случаев с ПФА.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни, данные исследований КТ, протоколы и эндовидеозаписи операций, детей, выписанных из оториноларингологического отделения ГБУЗ «Морозовской ДГКБ Департамента здравоохранения города Москвы» в период с 01 января 2015 по февраль 2024 гг. с диагнозом J39.0 «Ретрофарингеальный и парафарингеальный абсцесс».

Результаты. В указанный период в отделении было пролечено 216 детей с диагнозом «J39.0» (в возрасте от 10 мес. до 17 лет 6 мес., в среднем – $6,1 \pm 2,1$ год) В период 2021-2024 годы отмечается прирост заболеваемости более чем в 2 раза по сравнению с предыдущими годами.

Выявлены типичные жалобы и клинические симптомы пациентов с ПФА. Проведен анализ дифференциально диагностического ряда, данных КТ шеи с контрастным усилением (размеры, форма, локализация абсцесса). Рассмотрены клинические случаи успешного консервативного лечения ПФА.

Все полученные данные представлены в виде блок-схемы алгоритма принятия решения по вопросу диагностики и лечения пациентов с ПФА

В подавляющем большинстве случаев (179 детей – 83,6%) пациентам требовалось вскрытие абсцесса. Во всех случаях хирургическое вмешательство производили эндоскопически в условиях интубационного наркоза. Как показывает практика поиск абсцесса в мягких тканях стенок глотки иногда является сложной задачей. В связи с этим при расположении абсцесса в глубоких боковых отделах глотки, 38 (17,5%) пациентам, первым этапом хирургического лечения проводилась односторонняя тонзиллэктомия, затем вскрывая абсцесс через тонзиллярную нишу. Такой подход облегчает хирургический доступ к парафарингеальному пространству, делает его более безопасным, учитывая расположение сосудисто-нервного пучка шеи.

Локализация абсцессов по данным КТ также важна для определения тактики лечения. Нами представлена графическая схема частоты формирования абсцессов по отделам глотки, границы определены по уровням шейных позвонков (для удобства интерпретации данных КТ). В данной классификации отмечается основное расположение абсцессов в средних и верхних отделах глотки 131 и 76 случаев соответственно, локализация абсцессов в нижних отделах глотки встретилась в 9 случаях.

По данным нашего отделения 35 пациентов (16,4%) были успешно пролечены консервативно. Критериями отбора пациентов в данную группу явились размер абсцесса до 2 см в максимальном диаметре, локализация абсцесса в глубоких верхне-латеральных слоях шеи по данным КТ. При отсутствии клинического эффекта через 48 часов от начала терапии показано проведение контрольной КТ шеи с КУ для решения вопроса о хирургическом лечении.

Выводы. Разработанный алгоритм диагностики и лечения ПФА, наглядно подкреплён демонстрацией клинических случаев пациентов как получивших хирургическое лечение, так и из группы консервативной терапии.

ТРАНСТУБАРНАЯ ТУБОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Вахрушев С.Г., Петрова М.А., Нестеришина О.Е.*

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России

ООО «ИЛТ»

*E-mail: olganesterishina@gmail.com

Введение. В настоящем докладе продемонстрирован новый метод исследования слуховых труб – внутрипросветная транстубарная тубоскопия.

Слуховая труба (СТ) соединяет барабанную полость и полость носоглотки, выполняя важные функции в среднем ухе, такие как: выравнивание давления, обеспечение аэрации среднего уха, удаление секрета из среднего уха. Как известно, частой причиной развития дисфункции слуховой трубы является механическая обструкция глоточного отверстия СТ, связанная с наличием воспалительных заболеваний носоглотки, проявлением аллергического ринита, гастроэзофагеального рефлюкса. Однако отмечаются случаи рецидивов ЭСО даже после устранения указанных выше патологических состояний, что заставляет задуматься о наличии внутрипросветных изменений в просвете СТ.

Транстубарная тубоскопия может быть полезным и информативным методом в диагностике состояния слуховой трубы и выявления вида ее патологического состояния, а значит определиться с дальнейшей тактикой лечения.

Цель исследования. Определить возможность применения транстубарной тубоскопии для диагностики патологических состояний слуховой трубы.

Материалы и методы. Транстубарная тубоскопия проведена 97 пациентам с диагнозом: «Рецидивирующий экссудативный средний отит». Для проведения данного исследования использовались: ультратонкий гибкий эндоскоп диаметром 0,66 мм с портативным источником света, модифицированная канюля с венозным катетером 16 G для безопасной подачи эндоскопа в просвет СТ, ригидные эндоскопы 70° и 0° для контроля проведения тубоскопии. Исследование проводилось под местным и общим обезболиванием.

Результаты. При проведении транстубарной тубоскопии выявлены следующие морфологические изменения слизистой оболочки слуховой трубы : стеноз в области носоглоточного устья слуховой трубы, отечность слизистой оболочки слуховой трубы, полипозно-измененная слизистая оболочка, нити густой слизи в просвете слуховой трубы, венозный стаз в области истмуса слуховой трубы, стеноз просвета СТ в области истмуса и костного отдела СТ. При выполнении манипуляции осложнений зафиксировано не было.

Выводы. Таким образом, транстубарная тубоскопия является информативным и безопасным методом исследования дисфункции слуховой трубы, и рекомендуется нами для применения в практике.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Вахрушев С.Г., Протопопов А.В., Петрова М.А., Литвинюк Н.В., Нестеришина О.Е.*

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России

ООО «ИЛТ»

*E-mail: olganesterishina@gmail.com

Введение. В настоящее время существует множество диагностических методов исследования слуховой трубы, таких как: стандартный эндоскопический ЛОР-осмотр, МРТ, КТ, акустическая импедансометрия, тональная пороговая аудиометрия и т.д.

Однако эти методы дают опосредованное представление о состоянии слуховой трубы через осмотр периферических отделов органа (глочного и тимпанального устьев), не позволяют оценить состояние непосредственно слизистой оболочки слуховой трубы.

Метод оптической когерентной томографии (ОКТ) позволяет внутриспросветно оценить состояние слуховой трубы.

Цель исследования. Оценить информативность и возможность применения в клинической практике внутриспросветной ОКТ слуховой трубы.

Материалы и методы. ОКТ проведена на 25 кадаверных блоках височных костей и 6 здоровым добровольцам под местной анестезией. В исследовании использовался оптический когерентный томограф OPTIS (St. Jude Medical, USA) (глубина сканирования – до 8 мм). Далее проводилось топоморфологическое сопоставление гистологического среза СТ с ОКТ – изображением.

Результаты. При проведении ОКТ возможно визуализировать отделы слуховой трубы, исследовать состояние слизистой оболочки слуховой трубы и сопоставить с морфологическими данными. А также ОКТ позволяет получать информацию о состоянии перитубарных структур (мышцы, жировые тельца).

Выводы. ОКТ слуховой трубы – метод прижизненной диагностики, она безопасна, неинвазивна, информативна.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Вергасов А.М.^{1*}, Карпов В.П.², Кияшкин Р.С.¹, Мещерякова Н.В.¹, Трубушкина Е.М.²

¹ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь

²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: wracezes@mail.ru

Введение. Доброкачественные новообразования ЛОР-органов в детском возрасте достаточно редко встречающееся заболевание. Составляют от 0,5% до 2,5% всех больных с ЛОР-патологией. В связи с относительно небольшим числом детей с доброкачественными новообразованиями ЛОР-органов, ограниченным опытом работы специалистов с этой патологией, ведение пациентов и лечение зачастую происходит в поздние сроки, ввиду наблюдательной и выжидательной тактики. В итоге такой тактики возможен достаточно быстрый рост новообразования, препятствие для нормального развития и функционирования ЛОР-органов при опухолевом процессе, ухудшение качества жизни пациента, малигнизация (встречается редко). Исходя из этих данных есть необходимость акцентирования внимания и детального изучения данной патологии у детей.

Цель исследования. Описать частоту встречаемости доброкачественных новообразований ЛОР-органов у детского населения Ставропольского края за период с января 2020 г. по июль 2024 г. по данным госпитализаций в оториноларингологическое отделение ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя. Проиллюстрировать клинический случай применения нами хирургического лечения (папиллома небной миндалины крупных размеров), выбора оптимального метода хирургического лечения.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективный анализ заболеваемости 8522 пациентов, из которых с доброкачественными новообразованиями было 64 пациента. Это составляет 0,8% всех больных с патологией ЛОР-органов в возрасте от 0 до 18 лет Ставропольского края, находившихся на лечении в отделении оториноларингологии ГБУЗ СК «КДКБ» в указанный период времени. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Количество детей с доброкачественными новообразованиями ЛОР - органов к общему количеству, пролеченных с января 2020 г. по июль 2024 г.

Годы	Общее кол-во пролеченных	Количество пациентов с доброкачественными новообразованиями	Количество, %
2020	1153	12	1,0%
2021	1566	13	0,8%
2022	2226	13	0,6%
2023	2321	17	0,7%
01.01 - 30.07.2024	1256	9	0,7%

Клинический случай. Девочка 10 лет. Обратились с жалобами на дискомфорт в глотке, затруднение глотания, ощущение наличия образования в глотке. При осмотре обнаружено новообразование левой небной миндалины, на ножке, с гладкой поверхностью, бледно-розового цвета, размерами 3,0x2,0x1,2см, распространяющееся до язычка и правой небной миндалины, при глотательных движениях соприкасается с корнем языка и стенками глотки.

С момента появления жалоб до обращения к врачу прошло около трех месяцев. Произведено удаление новообразования при помощи насадки "игла" электрохирургического аппарата «Фотек», иссечена у основания с удалением незначительной части ткани небной миндалины. При проведении операции отмечалось незначительное кровотечение. Гемостаз выполнен при помощи коагуляции, электрохирургическим аппаратом «Фотек». Удаленное образование направлено на гистологическое исследование. Результат гистологического исследования: плоскоклеточная папиллома. При повторном осмотре пациента через 1 месяц рецидивов нет, жалоб пациент не предъявляет, в послеоперационной области небольшой рубец.

Выводы. В проведенном нами статистическом анализе количества детей с доброкачественными новообразованиями к общему количеству, пролеченных с января 2020г. по июль 2024 г., на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» отмечается сохранение количества детей с диагностированными доброкачественными новообразованиями различной локализации примерно на одном уровне.

Представленный клинический случай новообразования небной миндалины демонстрирует что папилломы небной миндалины имеют способность к росту до больших размеров и приводят к ухудшению качества жизни пациента: отмечают постоянный дискомфорт в глотке, затруднение акта глотания, храп во время сна, у детей это может приводить к психоэмоциональным расстройствам. Метод лечения папиллом небной миндалины – хирургический. После операционного лечения, как правило прогноз благоприятный.

ЭКССУДАТИВНЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ У ДЕТЕЙ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Вергасов А.М.^{1*}, Карпов В.П.², Трубушкина Е.М.², Енин И.В.²

¹ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь

²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: wracezes@mail.ru

Введение. Экссудативные средние отиты у детей на сегодняшний день являются проблемой, с которой сталкивается в своей практике каждый оториноларинголог. Несмотря на

достаточно большой объем, проводимых на сегодняшний день диагностических и лечебных мероприятий, количество числа детей с экссудативными средними отитами возрастает. Распространенность данной патологии среди детей зависит от возраста ребенка и составляет от 3 до 35%, за последние 20 лет общая заболеваемость увеличилась в 2,5 раза. В целом на долю ЭСО в структуре всех заболеваний уха приходится 15-17% (Стратиева О.В. с соавт., 1998; Володькина В.В., 2006; Богомильский М.Р., 2018). Рост количества экссудативных средних отитов у детей в большей степени связан с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, зачастую приводящие к патологии лимфоидной ткани носоглотки, дисфункции слуховой трубы по причине инфекционного процесса в носоглотке и воздействия гипертрофированных аденоидных вегетаций на носоглоточное устье слуховой трубы. Проблема патологии органа слуха с каждым годом становится все более актуальной не только в медицинском, но и социально-экономическом отношении. Кондуктивная форма тугоухости часто оказывает существенное воздействие на языковое и интеллектуальное развитие ребенка. У школьников даже слабая потеря слуха и флюктуирующая тугоухость может помешать получению полного академического образования. Учитывая все эти факторы, проблема экссудативных средних отитов у детей нуждается в углубленном и детальном исследовании, чтобы пациенты могли получить своевременное высокоэффективное лечение, с минимизацией осложнений, рецидивов и возможных исходов в виде стойкого снижения слуха. Для более полного и адекватного обследования и лечения детей с экссудативными средними отитами, зачастую требуется консультация и наблюдение смежных специалистов: педиатров, аллергологов, гастроэнтерологов, логопедов, специалистов лучевой диагностики при необходимости более детального обследования ЛОР-органов (КТ, МРТ височных костей, исследования околоносовых пазух).

Цель исследования. Определить этиологические и патогенетические причины развития экссудативного среднего отита в детском возрасте. Изучить актуальные методы обследования детей с патологией среднего уха в виде экссудативных средних отитов.

Материалы и методы. Всего под нашим наблюдением находилось 134 пациента с экссудативными средними отитами в возрасте от 3 до 16 лет.

Результаты. При воспалительной патологии носа и околоносовых пазух (у 77–57% больных) определялись полоски слизи и гноя, распространяющиеся к устью слуховой трубы, одновременно отмечалось увеличение за счет воспалительного процесса трубных миндалин. При этом часто (49–36,6%) параллельно встречалась гипертрофия глоточной миндалины, и явления аденоидита. Больных с первой стадией ЭСО было 12, со второй – 48, с третьей – 7. Часто (57–42,5%) встречалась гипертрофия глоточной миндалины различной степени. У большинства этих пациентов был выявлен вялотекущий аденоидит, приведший к воспалению

трубных миндалин и нарушению функции слуховых труб. Как правило, сочеталась с воспалительной патологией носа и околоносовых пазух. Больных с первой стадией ЭСО было 8, со второй – 34, с третьей – 12, с четвертой – 1. Вазомоторные сальпингиты диагностированы у 22 – 16,4% пациентов. Больных с первой стадией ЭСО было 3, со второй – 17, с третьей – 2, с четвертой – 0. В целом ряде случаев (35–26%) у пациентов отмечалось низкое расположение глоточного устья слуховой трубы. Данная особенность способствует тубарному рефлюксу. Больных с первой стадией ЭСО было 4, со второй – 27, с третьей – 3, с четвертой – 1. Рубцовые изменения в носоглотке детей (11–8%) были связаны с перенесенными ранее больными оперативными вмешательствами, чаще всего аденотомией. Больных с первой стадией ЭСО было 0, со второй – 2, с третьей – 5, с четвертой – 4. У 2 пациентов были выявлены доброкачественные новообразования носоглотки юношеская ангиофиброма. Третья стадия ЭСО (двухсторонний процесс). Инородные тела полости носа – 2 (турунда – 1; ринолит – 1). Третья стадия ЭСО (односторонний процесс). Для диагностики нарушений в среднем ухе нами была использована пороговая тональная аудиометрия, а также тимпанометрия. Нормальных тимпанограмм у больных до начала лечения не было. У 66,7% зарегистрированы тимпанограммы типа «С», у 24,1% – «В», у 9,2% – с одной стороны «С», с другой «В». На первой стадии ЭСО преобладали тимпанограммы типа «С». С помощью тимпанометрии выявлена скрытая патология среднего уха и нарушения функционального состояния слуховых труб (при близких к норме аудиограммах) у 23% детей. На второй стадии ЭСО – реже тимпанограммы типа «С», чаще тимпанограммы типа «В», на третьей и четвертой – тимпанограммы типа «В», и отсутствие акустического рефлекса.

Выводы. Наиболее частыми причинами экссудативного среднего отита у детей и подростков являются воспалительные процессы в полости носа, носоглотки и околоносовых пазухах, гипертрофия глоточной миндалины различной степени и аденоидит, патологические состояния в носоглотке, носоглоточном устье слуховой трубы, вазомоторные и другие сальпингиты. Все пациенты с экссудативным средним отитом в детском возрасте должны получить полноценный и своевременный комплекс диагностических мероприятий, в том числе с использованием высокотехнологического медицинского оборудования (эндоскопия, микроскопия, сурдологические исследования), для более понятной картины заболевания и решения вопроса метода лечения. От возможностей и полноты диагностического комплекса зависит исход заболевания и результаты проведенного лечения. Отомикроскопия, аудиометрия и тимпанометрия помогают точно определить стадию процесса, что позволяет в дальнейшем провести адекватную терапию у больных с данной патологией. Пациенты с экссудативным средним отитом нуждаются в диспансерном наблюдении не менее 5 лет после перенесенного заболевания даже при отсутствии рецидива.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Винникова И.Ю.*, Семенов Ф.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: irinavavrinuk1@gmail.com

Введение. Проблема изучения возможных причин развития хронического гнойного среднего отита (ХГСО) на сегодняшний день остается весьма актуальной. Это связано не только с социальной значимостью данного заболевания, состоящей в нарушении работоспособности у лиц преимущественно 25-55 лет, но и с сохраняющейся тенденцией к рецидивам как при консервативном, так и при хирургическом лечении. В настоящее время среди оториноларингологов активно обсуждается роль экстрапищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), как повреждающего фактора и инициатора воспалительного процесса в слизистой оболочке верхних дыхательных путей, что сказывается на функциональном состоянии слуховой трубы. В свою очередь, последнее может как способствовать хронизации процесса после перенесенного острого отита, так и ухудшать результаты лечения данного заболевания.

Цель исследования. Анализ распространенности симптомов ГЭРБ у пациентов общесоматического профиля и больных ХГСО.

Материалы и методы. Исследование проводилось с марта по июнь 2024 г. на базе амбулаторно-поликлинических отделений ГБУЗ ККБ №2 и отделения оториноларингологии ГБУЗ ККБ №3. Всего было опрошено 348 человек. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа (n=236 человек) – пациенты общесоматического профиля без патологии среднего уха и заболеваний ЖКТ и 2 группа (n=112 человек) – пациенты с ХГСО. Возрастно-половые различия среди пациентов обеих групп были незначительными.

Для выявления симптомов ГЭРБ использовалась анкета, с помощью которой рассчитывался индекс симптомов рефлюкса (ИСР). Каждый симптом характерный для ГЭРБ оценивается в баллах от 0 (нет проблем) до 5 (серьезные проблемы). При сумме баллов от 9 до 13 – диагноз ГЭРБ вероятен, но требует подтверждения с помощью дополнительных методов исследования, а число баллов более 13 коррелирует с положительным результатом рН-мониторинга. Диагноз рефлюкса у этих пациентов расценивается как несомненный, что подтверждает диагностическую ценность теста ИСР. Всем пациентам вне зависимости от имеющихся у них жалоб со стороны уха был проведен комплексный оториноларингологический осмотр с акуметрией, а при обнаружении снижения слуха – аудиометрия.

Результаты. Наиболее распространёнными признаками ГЭРБ были следующие симптомы: кашель после еды или в положении лежа – 37,18%, чрезмерное отхаркивание слизи или стекание по задней стенке глотки – 28,02%, першение или сухость в горле – 24,0%, осиплость голоса – 21,3%. Далее следуют ощущение кома в горле, затрудненное дыхание или эпизоды удушья, дискомфорт при глотании и классические симптомы ГЭРБ (изжога, боль за грудиной, кислая отрыжка), составляя 19,01%, 9%, 8,08% и 6,4% соответственно.

Сравнение результатов теста ИСР в изучаемых группах пациентов показало следующее. Более 13 баллов в группе пациентов, страдающих ХГСО, набрали 36 человек (32%), в контрольной группе – 61 человек (26%), разница статистически достоверна. У 25% пациентов с ХГСО (n=28 человек) и 17% пациентов общесоматического профиля (n=40 человек) была выявлена вероятная ГЭРБ, которой соответствовало от 9 до 13 баллов по результатам опросника. Среди пациентов с ХГСО у подавляющего большинства (83%) наблюдалось три и более симптомов рефлюкса, а 27% пациентов (n=30 человек) этой группы уже обращались к врачам для устранения симптомов ГЭРБ.

У 34 пациентов 1 группы с признаками ГЭРБ имелись жалобы на периодическое или стойкое ощущение заложенности в ушах (n=26 человек), аутофонию (n=14 человек), что может говорить о возможном влиянии симптомов рефлюкса на функциональное состояние слуховой трубы. Всем пациентам с перечисленными жалобами была рекомендована консультация сурдолога.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о значительной распространенности проявлений ГЭРБ среди пациентов с ХГСО. Последнее может быть одной из причин дисфункции слуховой трубы и хронизации воспалительного процесса после перенесенного острого отита. Целесообразно изучение влияния проявлений ГЭРБ на результаты тимпаноластики.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АДЕНОТОМИИ

Волотов П.Н.

ГБУЗ МО «Наро-Фоминская больница», г. Наро-Фоминск Московской области

E-mail: volotovpn@gmail.com

Введение. Патология лимфоаденоглоточного кольца Вальдейера-Пирогова, а носоглоточной миндалины – в особенности, широко распространена в лор-практике, особенно у часто болеющих детей. Наличие воспалительного очага в носоглотке нередко приводит к

развитию как местных, так и общих, системных осложнений. Широкое применение топических глюкокортикостероидов в схемах консервативного лечения зачастую не оправдывает ожиданий, преувеличивая возможности воздействия данной группы препаратов на истинную гипертрофию аденоидов, ограничивая показания и отодвигая сроки своевременного хирургического лечения данной патологии.

Опасения родителей маленьких пациентов при их направлении на оперативное лечение связаны как с возможным развитием послеоперационных осложнений, так и с его безуспешностью – возникновением рецидива заболевания. Оптимизация всех этапов подготовки и выполнения аденотомии, внимательное, тщательное наблюдение за больным в послеоперационном периоде позволяют ускорить выздоровление, повысить удовлетворенность лечением и детей, и их законных представителей.

Исследование качества жизни пациентов с ЛОР-патологией, как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанной на его субъективном восприятии, позволяет составить более полную картину заболевания, изучить прогностические факторы, влияющие на его течение, оценить качество лечения и действенность реабилитационных программ, оптимизировать критерии их эффективности, создать систему индивидуального мониторинга состояния больного.

Цель исследования. Изучить качество жизни часто болеющих детей, перенесших аденотомию, в отдаленном послеоперационном периоде, используя современные объективные методы обследования и опросник Sino-Nasal Outcome Test (SNOT-22).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 55 часто болеющих респираторными инфекциями детей в возрасте 4 – 15 лет (27 мальчиков и 28 девочек), у которых простудные заболевания возникали из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не приводили к стойким органическим нарушениям в них. Критерием включения в исследование являлось наличие показаний к оперативному лечению гипертрофии носоглоточной миндалины при отсутствии острых или хронических заболеваний.

У пациентов проведено обследование ЛОР-органов, изучено качество их жизни до операции и через год после нее. Все дети получили оперативное лечение в оториноларингологических отделениях различных стационаров – под общей анестезией выполнена эндоскопическая аденотомия с применением шейверной техники.

Методы исследования включали осмотр лор-органов, диагностическую эндоскопию полости носа, КТ полости носа, выполненную при помощи компьютерного томографа SOMATOM Perspective 64, рентгенографию свода носоглотки, оценку качества жизни.

Диагностическую эндоскопию полости носа проводили в положении пациента сидя с частично или полностью запрокинутой головой. В целях анестезии слизистую оболочку полости носа орошали 5% раствором Лидокаина и 0,5% раствором Фенилэфрина (спрей). В ходе исследования был использован эндоскоп с торцевой оптикой (угол направления наблюдения 0°, диаметр 1,9 мм). Осматривали отделы полости носа и носоглотки, обращая внимание на размер и состояние носоглоточной миндалины, оценивая подвижность мягкого нёба и функцию глоточного отверстия слуховой трубы.

Опросник SNOT-22 позволил оценить психосоциальные последствия оперативного лечения, симптомы назальной обструкции, продолжительность и выраженность клинических проявлений, психические функции, качество сна, наличие субъективных ринологических симптомов, наличие жалоб со стороны уха и/или лица.

Результаты и их обсуждение. Достоверно установлено, что у прооперированных пациентов оценка качества жизни выше, чем до операции – степень выраженности таких признаков, как обструкция носового дыхания, стекание слизи по задней стенке глотки, выделения из носа, чихание, храп, изменение обоняния, бессонница и/или плохой сон, запах из носа, слабость, ощущение усталости, вынужденное положение тела, головные боли, боли в области лица, тяжесть, снижение активности и концентрации внимания, подавленность, уныние, растерянность в отдаленном послеоперационном периоде была существенно менее выражена и значимо реже выявлялась практически у всех обследованных детей.

Выводы. Применение оториноларингологом современных эндоскопических методов в диагностическом процессе позволяет достоверно, объективно и тщательно изучить в динамике состояние полости носа пациента, оценить результаты проведенного оперативного лечения, создать индивидуальный архив видеозаписей, результатов КТ, рентгеновского исследования и использовать их для проведения телемедицинских консультаций.

Повышение качества жизни пациентов представляет большой клинический интерес и является главной целью лечения хронических заболеваний и профилактики их осложнений. Опросник SNOT-22 – надежный инструмент оценки качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Гаров Е.В.^{1,2}, Гарова Е.Е.^{1*}, Мосейкина Л.А.¹, Байтемирова Н.Н.²

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С.Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: ecaterinagarovf@gmail.com

Одной из ключевых проблем saniрующих вмешательств при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) с холестеатомой является риск развития рецидива холестеатомы. По данным литературы частота её резидуальной формы составляет от 2 до 30%, независимо от методики (открытая или закрытая), рекуррентной – от 4 до 32% при закрытых техниках и от 0 до 10% – при открытых.

Цель исследования. Выявить возможные факторы риска рецидива холестеатомы для его уменьшения и профилактики.

Материалы и методы. В исследование вошло 199 человек (210 случаев) с диагнозом ХГСО с холестеатомой в возрасте от 16 до 73 лет, которым после обследования проводились различные saniрующие вмешательства в НИО микрохирургии уха Института им. Л.И. Свержевского с 2010 по 2020 гг. В 180 случаях были проведены «закрытые» методики различными подходами и доступами, в 30 – «открытые», которые и стали группой контроля в связи с 0% случаев рецидива минимум через 1 год после хирургического лечения. Анализу подверглись: частота рецидива холестеатомы при различных доступах и различной распространенности холестеатомного процесса. Проведена оценка влияния морфологической формы холестеатомы, сопутствующее состояние слизистой оболочки, опыт хирурга на частоту резидуальной холестеатомы и объем облитерации сосцевидного отростка на рекуррентную холестеатомы.

Результаты исследования. Частота резидуальной холестеатомы у пациентов с трансканальными «закрытыми» методиками составила 28,5%, увеличиваясь с распространением эпидермиса в различные отделы среднего уха и височной кости при первичной saniрующей операции. Частота того же рецидива при трансмастоидальной «закрытой» методике составила 36% и она не увеличивалась с объемом холестеатомного процесса. Чаще рецидивировал стелющийся, кистозно-стелющийся морфологический тип холестеатомы (в 41-46,4%). Частота резидуального рецидива увеличивалась в 2-2,4 раза при

сопутствующем тимпанофиброзе и тотальной эпидермизации барабанной полости и в 1,8 раз – при сопутствующем тимпаносклерозе. Несмотря на довольно большой процент резидуальной холестеатомы в 67% всех случаев носил ограниченный характер.

Частота рекуррентной холестеатомы при «закрытых» методиках оказалась 5,4% при трансканальных доступах и 14% – при трансмастоидальных. И если в первом варианте объем облитерации ретротимпанальных пространств не влиял на частоту рецидива, то во втором – полная облитерация сокращала количество рецидивов (8,3% от общего числа рекуррентной холестеатомы), а частичная – увеличивала (20,8%), приводя к распространенным рецидивам.

Опыт хирурга имеет значение при выполнении «закрытых» saniрующих операций трансмастоидальным доступом: 52,2% рецидивов у хирурга с опытом в отохирургии до 10 лет и 18,7-33,3% – с опытом работы более 20 лет. До 35% случаев рецидивов приходится на отохирурга с любым опытом работы при выполнении тех же вмешательств трансканальным доступом.

Выводы. На частоту рецидива холестеатомного процесса при ХГСО влияет совокупность факторов в различном сочетании, увеличивая или уменьшая риск повторного saniрующего вмешательства: распространенность холестеатомного процесса, морфологический тип холестеатомы и состояние слизистой оболочки, доступ, методика, объем облитерации и опыт хирурга.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТУГОУХОСТИ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СМЕШАННОМ ОТОСКЛЕРОЗЕ

Гаров Е.В.^{1,2*}, Зеликович Е.И.¹, Загорская Е.Е.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С.Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: Egarov@yandex.ru

Введение. Выбор метода хирургии при отосклерозе (ОС) с высокими порогами костной проводимости (КП) (запущенный, распространённый ОС – far-advanced otosclerosis) является дискуссионным (House H., Sheehy J., 1962; Calmels M. et al., 2007). По классификации Н.А. Преображенского и О.К. Пятакиной (1973) такую тугоухость относят к смешанной форме ОС II (при порогах КП >30 дБ), когда наблюдается снижение разборчивости речи (РР). Обозначение некоторыми авторами подобного вида тугоухости кохлеарной формой ОС, без подтверждения данными КТ височных костей, сегодня является ошибкой.

Вопрос о выборе метода реабилитации при высоких порогах КП у больных ОС решается всегда индивидуально на основе комплексного обследования, где ведущую роль играет РР и локализация очагов ОС по данным КТ (Eshraghi A. et al., 2018). Имеются данные о хороших результатах стапедопластики, в том числе с установкой имплантата среднего уха (Дондитов А.Ц., 2000; Астащенко С.В. и соавт., 2019; Salmon C. et al., 2018). Однако, при ограниченных очагах ОС и РР >50% следует ожидать результата от операции, а при массивных и РР <30% – нет (Van Loon M. et al., 2014; Abdurehim Y. et al., 2016). При сравнении результатов стапедопластики и кохлеарной имплантации (КИ) при этой форме ОС отмечается большая частота послеоперационных осложнений, повторных операций при хирургии стремени, но лучшая РР, чем при КИ (Luca M. et al., 2021; Teaima A. et al., 2022). Однако другие авторы свидетельствуют о лучшей РР после КИ – от 45% до 98% (Диаб Х.М. и соавт., 2020; Abdurehim Y. et al., 2016; Dumas A. et al., 2018). Кроме того, на эффективность КИ могут влиять оссификация улитки (у 5–51%), продолжительность глухоты, неполное введение электродной решётки (у 11,1%) и патологическая стимуляция лицевого нерва (у 8,6-75%) (Кузовков В.Е. и соавт., 2021; Joekel K. et al., 2004; Assiri M. et al., 2022).

Цель исследования. Оценка эффективности стапедопластики у больных ОС с высокими порогами КП.

Материалы и методы. В отделе Института были обследованы и оперированы 2140 больных различными формами ОС. Обследование включало: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр (включая отомикроскопию), комплексное аудиологическое исследование (тональная пороговая, ТПА, и УЗВ аудиометрия, импедансометрия, рефлексометрия) и КТ височных костей с денситометрией. Всем больным проведены различные методики стапедопластики, а при активных очагах – после инактивирующей терапии (ИТ) для снижения риска интраоперационных сложностей и рецидива тугоухости.

Результаты. По данным ТПА среди всех больных ОС смешанная форма I выявлена у 33,7%, а смешанная II – у 41,2%, что свидетельствует о высоком распространении смешанной формы ОС. Возраст пациентов смешанной формы II был от 23 до 70 лет (средний – 48,07±1,34 и выше, чем при других формах ОС). Учитывая, что у пациентов с этой формой тугоухости часто имеется длительная её история, а значит и нарушение гидродинамики улитки (вторичное повышение порогов КП), то предпочтительными методиками операции были стапедопластика с широкой стапедотомией с закрытием окна преддверия аутовеной и установкой на неё протеза стремени (у 33,1%) или частичной стапедэктомией с закрытием окна преддверия и установкой протеза стремени из аутохряща (у 55,4%), которые позволяют улучшить пороги КП на 10-20 дБ, о чём свидетельствуют многие авторы (Фёдорова О.К., 1967; Зеленкова В.Н.,

2013; Асташенко С.В. и соавт., 2019; Корвяков В.С. и соавт., 2019; García-Iza L. et al., 2016). Кроме того, для этой формы тугоухости характерна высокая частота облитераций окон лабиринта. Для уменьшения послеоперационных кохлеовестибулярных расстройств в последние десятилетия мы активно при операции используем средства ассистенции и препараты группы глюкокортикостероидов (ГКС) местно интраоперационно и парентерально. Во всех случаях был получен функциональный результат без ухудшения порогов КП, который позволил в некоторых случаях больным отказаться от аппаратной реабилитации слуха.

На наш взгляд, первичной хирургией у больных ОС при высоких порогах КП является стапедопластика с широким открытием окна преддверия с изоляцией жидкости трансплантатом и установкой на него протеза стремени, в связи с быстрым периодом реабилитации, низкой стоимостью операции, малоинвазивностью методики и естественным слухом. Такая тактика лечения особенно показана при односторонней тугоухости, так как КИ в этом случае не показана.

Выводы. По данным ТПА смешенная форма ОС II является самой распространённой в структуре тугоухости заболевания. Проведение инактивирующей терапии, использование методик широкой стапедотомии, средств ассистенции, ГКС препаратов интра- и послеоперационно позволяют значительно улучшить слуховую функцию, социализацию и снизить стоимость лечения больных этой формой тугоухости.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Гаров Е.В.^{1,2}, Кравцов С.А.³, Кропотов М.А.⁴, Жарков О.А.⁴, Зеленкова В.Н.^{1*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

³ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы»

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

*E-mail: Zelenkova.07.78@mail.ru

Введение. Злокачественные новообразования наружного слухового прохода (НСП) выявляются в 0,2 % случаев среди опухолей головы и шеи (Веуеа J., 2014). В 10–23% случаях

определяются метастазы в регионарные лимфатические узлы и редко - в кости, легкие, печень и головной мозг (Zanolletti E., Manzoni A., 2014).

Клинические симптомы рака НСП зависят от распространения опухоли и могут проявляться болью в ухе, снижением слуха, выделениями, нейропатией лицевого нерва (ЛН) и наличием новообразования в околоушной области. Однако ранняя диагностика злокачественных новообразований НСП затруднена в связи с отсутствием специфических симптомов. Выявление патологии на ранних стадиях заболевания имеет решающее значение для оказания современного лечения и реабилитации пациентов.

Диагностика новообразований НСП основывается на данных отомикроскопии, пальпации регионарных лимфоузлов, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии с контрастным усилением, ультразвукового исследования (УЗИ) мягких тканей шеи и лимфоузлов. В то же время окончательный диагноз устанавливается на основании данных биопсии с последующим гистологическим исследованием.

Тактика и результаты лечения пациентов со злокачественными новообразованиями НСП зависят от стадии процесса, морфологического строения опухоли, периневральной и сосудистой инвазии.

Цель исследования. Оценка эффективности хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями НСП.

Материалы и методы. С 2021 по 2024 гг. сотрудниками отдела микрохирургии уха Института в отделениях хирургии головы и шеи онкологического центра №1 ГКБ им. С.С. Юдина и НМИЦ им. Н.Н. Блохина было обследовано и проведено комплексное лечение 7 пациентов с раком кожи НСП. Возраст больных составил от 45 до 67 лет. Среди них лиц мужского пола было 4, женского – 3.

Все пациенты предъявляли жалобы на наличие образования в НСП, кровянистые выделения из него и снижение слуха. Из анамнеза известно, что 5 больных отмечали вышеуказанные жалобы в течение двух лет и периодически им проводилось консервативное лечение по поводу наружного диффузного отита без эффекта. Одному пациенту диагноз установлен около года назад, в связи с чем было проведено два курса близкофокусной рентгенотерапии (55 Гр) и 1 – по данным гистологического исследования при выполнении аттикоантромастоидотомии с удалением задней стенки НСП по поводу болей в заушной области, длительных (более двух лет) выделений из уха и выявленными деструктивными изменениями на КТ височных костей (ВК).

Пациенты были комплексно обследованы в онкологическом центре №1 ГКБ им. С.С. Юдина и НМИЦ им. Н.Н. Блохина. Всем больным был установлен диагноз – рак кожи НСП, из них: в двух случаях – T1N0M0 - I стадия, в одном – T2N0M0 - II стадия, в двух – T3,

в одном из них с распространением в регионарные лимфоузлы (Т3N0M0 и Т3N1M0) - III стадия и в двух – Т4N0M0 - IV стадия.

Выбор тактики лечения и хирургического подхода был обусловлен стадией процесса.

Результаты. Мультидисциплинарной бригадой в составе онкологов и оториноларингологов пациентам с Т1N0M0 и Т2N0M0 стадиями заболевания, была выполнена латеральная резекция ВК с резекцией мягких тканей околоушной области с шейной лимфоаденэктомией, в одном случае с частичным иссечением ушной раковины. Субтотальная резекция ВК с резекцией мягких тканей околоушной области с шейной лимфоаденэктомией, паротидэктомией с невролизом ЛН и реконструкцией была выполнена пациентам с Т3N0M0, Т3N1M0 и Т4N0M0 стадиями.

По данным последующего гистологического исследования препаратов, в шести случаях морфологическая картина соответствовала опухоли кожи НСП и имела строение плоскоклеточного рака, в одном – базально-клеточной карциномы. В одном случае было выявлено опухолевое поражение шейных лимфатических узлов. При морфологическом исследовании препаратов, в крае резекции был выявлен рост опухоли у двух пациентов с Т3N0M0 и Т4N0M0 стадиями заболевания.

Пятерым пациентам с Т1N0M0, Т3N1M0 и Т4N0M0 стадиями после операции проведена лучевая терапия на область ложа удаленной опухоли (30 фракций). Сроки наблюдения составили от 1 до 8 месяцев. В одном случае с Т3N0M0 стадией, выявлен рецидив заболевания через 1,5 месяца после хирургического лечения, подтвержденный данными КТ, МРТ с контрастным усилением и биопсии, проведен курс лучевой и химиотерапии с стабилизацией опухолевого процесса.

Одному пациенту с Т2N0M0 стадией, лучевая терапия не проводилась, рекомендовано наблюдение. Сроки наблюдения составили 8 месяцев, рецидива заболевания выявлено не было. В двух случаях с Т1N0M0 стадией заболевания сроки наблюдения составили 24 и 32 месяца, данных за рецидив новообразования получено не было.

Выводы. Ранняя полноценная диагностика и мультидисциплинарный подход способствует радикализму в лечении злокачественных новообразований НСП. Однако, учитывая в некоторых случаях быстрый рост образования в структурах ВК, требуется выполнение более масштабных резекций в данной области.

НАШ ОПЫТ ПЛАСТИКИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Гилялов М.Н.^{1,2}, Тухбатуллин М.Г.^{2,3}, Алиматов Х.А.¹, Исмагилов Ш.М.¹, Салимов Л.И.¹

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

² ГАУЗ Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан

³ КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

*E-mail: gilyalov_m@mail.ru

Перфорация носовой перегородки (ППН) в большинстве случаев связана с хирургическими вмешательствами в полости носа. По данным литературы распространенность данной патологии составляет 0,9% в общей популяции, более 62% случаев пластического закрытия перфорации перегородки носа выполнено после септопластики или риносептопластики. Качество жизни снижается и клиника проявляется болью, кровотечением, заложенностью носа, образованием корок и свистящими звуками. Для хирургического лечения ППН предложено много различных методик. Но при любых методиках авторами отмечаются технические трудности связанные с уменьшением кровоснабжения в зоне рубцевания вокруг закрытого дефекта носовой перегородки и узким операционным полем. Все методики пластического закрытия перфорации основаны на перемещении мукоперихондриальных лоскутов в полости носа на питающей ножке или используется свободный лоскут слизистой оболочки из нижней носовой раковины или преддверия рта. Успех пластического закрытия ППН зависит от размера и локализации перфорации. Нами применяется методика закрытия перфорации перемещенным мукоперихондриальным лоскутом на питающей ножке по Р. Castelnuovo. В предоперационном и постоперационном периоде определяли васкуляризацию перемещаемого лоскута слизистой оболочки (патент № 2807147 от 28.11.2022). Сущность способа состоит в определении степени васкуляризации слизистой полости носа методом количественного анализа на ультразвуковых сканерах, с использованием линейных датчиков частотой 6-15 МГц. При дуплексном цветовом сканировании выявляется сеть кровеносных сосудов выше, вокруг перфорации и ниже перфорации, определяется максимальная скорость кровотока в артериальных сосудах (V_{max} в см/с), индекс резистентности Ri в зоне предполагаемого перемещения лоскута, далее вычисляется коэффициент васкуляризации KB , как отношение V_{max} к Ri : $KB = V_{max} : Ri$.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находились 32 пациента. У 27 пациентов (84,3%) ППН образовалась после подслизистой резекции ПН или септопластики. У 4 пациентов (12,5%) перфорации образовались после травм носа. У 1 пациента (3,2%) спонтанная перфорация, без явных объективных причин. По нашим наблюдениям перфорации

локализовались в хрящевой части перегородки носа, размер перфораций составлял от 0,5 см до 3,0 см. Полного закрытия дефекта удалось достичь у 28 пациентов (87,5% наблюдений), у 4 пациентов наблюдался рецидив перфорации (12,5%).

Выводы. Полного закрытия ППН удалось добиться у более чем 87% оперированных пациентов, за счет тщательного отбора пациентов и определения васкуляризации перемещаемого мукоперихондриального лоскута.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В СВЕТЕ НОВЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Гречев Н.С.^{1,2}, Зябкин И.В.², Ворожцов И.Н.¹, Калинина М.П.^{1,2*}, Полев Г.А.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»

*E-mail: lormp@yandex.ru

Введение. Эпителиальные опухоли околоушных слюнных желез (ОСЖ) – редкая патология у детей и подростков. Эпителиальные опухоли ОСЖ – довольно разнородная гистологическая группа в основном медленно растущих образований. До настоящего времени не существует единой позиции в отношении объема хирургического лечения. Предпочтение отдается нервосберегающим операциям у детей. Во взрослой практике операцией выбора является радикальная паротидэктомия с пересечением ЛН, восстановление последнего носит рекомендательный характер при его повреждении. В тоже время расширяются показания к радикальной паротидэктомии с одномоментной реконструкцией лицевого нерва и его ветвей.

Цель исследования. Проанализировать группу пациентов с эпителиальными опухолями околоушных слюнных желез. Определить место одномоментной микрохирургической реконструкции лицевого нерва в лечении данной группы пациентов.

Материалы и методы. С 2014 по 2021 гг. в отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева проходили лечение 30 пациентов с различными видами эпителиальных опухолей ОСЖ, среди них преобладают девочки 57% (n=17), количество пациентов мужского пола составило 43% (n=13). Пациенты с доброкачественными образованиями и мезенхимальными опухолями в исследование не входили. От момента появления жалоб на пальпируемое образование до проведения оперативного вмешательства и/или установление диагноза в среднем проходило около 14 месяцев (min – 3 мес., max – 51 мес). Важно отметить, что у 5 пациентов в анамнезе уже имелись онкологические заболевания:

острый лимфобластный лейкоз – 3, острый миелобластный лейкоз – 1, опухоль из оболочек периферических нервов лобной области – 1 случай. Один ребенок с тяжелым иммунодефицитом перенес трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток.

Опухоли были представлены следующими гистологическими видами: мукоэпидермоидная – 64% (n=19), секреторная – 20% (n=6), ацинарная – 7% (n=2), лимфоэпителиальная – 3% (n=1), сальная – 3% (n=1), низкодифференцированная карцинома – 3% (n=1).

Из общего количества первичных пациентов – 6% (n=2). 94% (n=28) были прооперированы ранее: 1 вмешательство – 61% (n=26), 2 вмешательства – 13% (n=4). Стоит отметить, что парез лицевого нерва при поступлении отмечался у 20% пациентов (n=6), эта группа ранее прооперированных пациентов. Распределение пациентов по TNM было следующим: T4a – 10% (n=2), T3 – 30% (n=11), T2 – 40% (n=13), T1 – 20% (n=4). Поражение лимфатических узлов – у 13% пациентов (n=4). Отделенных метастазов у пациентов обнаружено не было. Распределение пациентов по стадиям: 1 стадия – 20% (n=4), 2 стадия – 20% (n=13), 3 стадия – 30% (n=11), 4 стадия – 10% (n=2). 30 пациентам было выполнено 33 операции: субтотальная резекция железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва – 76% (n=25) и радикальная паротидэктомия с одномоментной пластикой лицевого нерва вставкой из большого ушного нерва и/или икроножного – 24% (n=8).

У всех пациентов с радикальной паротидэктомией и одномоментной реконструкцией имел место ожидаемый послеоперационный парез. Появление мимических движений отмечались в сроки 3-6 месяцев от момента операции у всех пациентов, в том числе и с наличием поражения ЛН до операции. У пациентов после проведения субтотальной резекции послеоперационный парез наблюдался в 24% (n=6), через полгода парез отмечался у 8% (n=2). У пациентов после проведения радикальной паротидэктомии с одномоментной реконструкцией удалось достичь R0 резекции в 100% случаев, для чего одному из пациентов потребовалось проведение реоперации. 88% пациентов (n=22) проводилась субтотальная R0 резекция, троим из них потребовалось выполнение реопераций при опухолях с высоким потенциалом злокачественности. В случае R1 резекции у 12% пациентов (n=3), учитывая низкий потенциал злокачественности и отсутствия остаточной опухоли по данным магнитно-резонансной томографии, проведена послеоперационная лучевая терапия.

В течение 8-ми лет наблюдений у одной пациентки имел место местнораспространенный рецидив секреторной карциномы. Случаев отдаленного и регионарного метастазирования у пациентов не отмечено.

Заключение. Эпителиальные опухоли ОСЖ, в основном, представлены мукоэпидермоидной карциномой, частота которой резко увеличивается у пациентов со

злокачественными заболеваниями в анамнезе. Операцией выбора при T1-T2 является удаление опухоли с сохранением лицевого нерва. Радикальная паротидэктомия с одномоментной реконструкцией является операцией выбора при T3-T4, опухолях высокой степени злокачественности, при рецидивах заболевания. Проведение одномоментной реконструкции приводит к появлению мимических движений.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОТОХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ: НАШ ОПЫТ

Грачев Н.С.², Зябкин И.В.¹, Полев Г.А.³, Магомедова А.М.^{1*}

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России

³ АО «Ильинская больница»

*E-mail: aynamagomedova888@gmail.com

Введение. Эндоскопическая тимпаноластика в качестве малоинвазивного метода хирургического лечения становится все более известной на протяжении последнего десятилетия. К преимуществам тимпаноластики можно отнести хорошую визуализацию благодаря большему углу обзора, меньшую травматичность в связи с особенностями хирургического доступа, возможность уменьшить количество или вовсе избежать послеоперационных перевязок. Все перечисленные преимущества особенно актуальны для пациентов детского возраста, поскольку для детей характерными являются предрасположенность к рубцеванию тканей, специфическая реакция на стресс во время медицинских манипуляций, в том числе, смены асептических повязок, а также малые размеры операционного поля и анатомические особенности барабанной перепонки.

Материалы и методы. С 2021 по 2024 в ФНКЦ детей и подростков ФМБА выполнена эндоскопическая тимпаноластика с применением козелкового хондроперихондриального трансплантата 24 пациентам. Из них: мужского пола – 18 пациентов, женского пола – 6 пациентов. Возраст: min – 4 года, max – 17 лет. Средний возраст: $9,7 \pm 2,5$ лет. Локализация перфорации: передняя – 7 (29,1%), задняя – 5 (20,8%), центральная – 12 (50%). Всем пациентам выполнялась тональная пороговая аудиометрия до и через 3 месяца после операции.

Результаты. Костно-воздушный интервал по данным тональной пороговой аудиометрии до операции: $28,6 \pm 6,9$ (10–41) dB, после операции: $16,9 \pm 7,4$ (2–32) dB. Таким образом, у всех пациентов отмечалось улучшение слуха по данным контрольного

исследования через 3 месяца после операции. Средняя длительность операции: 70 ± 5 мин. Все операции выполнены одной хирургической бригадой. По мере увеличения количества операций отмечалась тенденция к сокращению длительности вмешательства, что позволяет также оценить формирование кривой обучаемости. Катамнестический период: в среднем – 10 месяцев, min – 4 мес., max – 28 мес. Послеоперационные осмотры включали в себя обязательное проведение ото-эндоскопии. Частота рецидивов: 1 реперфорация у пациента с нарушением строения челюстно-лицевой области (расщелиной неба) в анамнезе – 4.1%.

Выводы. При соблюдении критериев отбора пациентов, эндоскопическая тимпанопластика – эффективный метод для лечения перфораций барабанной перепонки у детей.

Эндоскопический подход позволяет обеспечить расширенную интраоперационную визуализацию, малую инвазивность и травматичность вмешательства, уменьшить количество манипуляций (перевязок, удаления швов) в послеоперационном периоде.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНА СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Григорьева А.А.^{1,2}, Мачалов А.С.^{1,2,3}, Поляков Д.П.^{1,3}, Базанова М.В.¹, Оганян К.А.³

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр

оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

³ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: oganyan_christina@bk.ru

Введение. Гипертрофия аденоидов представляет собой достаточно часто встречающуюся патологию в детском возрасте, при этом её распространенность неуклонно растёт. Развитие отита на фоне гипертрофии аденоидов возникает вследствие обструктивной дисфункции слуховой трубы и возможного тубогенного инфицирования среднего уха. Осложнения экссудативного среднего отита могут привести к стойкому ухудшению слуха и, как следствие, к снижению качества жизни пациента. Таким образом, крайне важно вовремя диагностировать экссудативный средний отит и провести соответствующее лечение у пациентов с гипертрофией аденоидов.

Цель исследования. Повышение эффективности оценки состояния органа слуха у пациентов с гипертрофией аденоидов в периоперационном периоде.

Материалы и методы. В основу работы положено клиническое наблюдение и сурдологическое обследование 57 пациентов с гипертрофией аденоидов 2-3 степени, находящихся на лечении в ФГБУ НМИЦО ФМБА России с ноября 2023 года по июль 2024 года. Средний возраст детей на момент обследования составил 6 лет. Клиническую и инструментальную оценку состояния слухового анализатора у пациентов основной и контрольной групп проводили с использованием следующих методов: отомикроскопия, тональная пороговая аудиометрия для пациентов в возрасте старше 6 лет, игровая аудиометрия для пациентов в возрасте до 6 лет, тимпанометрия на частоте зондирующего тона 226 Гц и 1000 Гц, регистрация ipsi и contra порога акустического рефлекса, оценка качества жизни пациентов. Оценку состояния слухового анализатора проводили до лечения и через 7 суток после хирургического вмешательства.

В основную группу вошли 28 пациентов с гипертрофией аденоидов и поражением слухового анализатора. Из них 13 пациентам был проведен парацентез барабанной перепонки, 15 пациентам – шунтирование барабанной полости. Группу контроля составили 29 пациентов с гипертрофией аденоидов без поражения слухового анализатора. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 13.

Результаты. При проведении акустической импедансометрии у пациентов основной группы были получены преимущественно тимпанометрические кривые типа В и С, отмечалось подавление акустических рефлексов. При обследовании пациентов через 7 дней после парацентеза наблюдали улучшение функции среднего уха: преобладание тимпанометрических кривых типа «А», регистрация акустических рефлексов. В ходе анализа динамики давления в среднем ухе в зависимости от проведенного лечения было также отмечено восстановление давления в среднем ухе, которое у пациентов с поражением слухового анализатора было значимо ниже до операции по сравнению с группой контроля.

При проведении тональной пороговой аудиометрии у пациентов основной группы типичной являлась горизонтальная конфигурация с костно-воздушным интервалом по типу кондуктивной тугоухости. Величина костно-воздушного интервала колебалась от 16 до 40 дБ и была значимо выше по сравнению с группой контроля. При этом через неделю после операции статистически значимых различий в значениях костно-воздушного интервала между обследуемыми группами выявлено не было. Следовательно, восстановление порогов слуха до нормальных значений определяется уже через 7 суток после операции вне зависимости от выбранного вида хирургического вмешательства.

В ходе исследования также проводился анализ качества жизни пациентов в зависимости от проведенного лечения. Для этого нами был разработан оригинальный опросник, с помощью которого мы анализировали наличие у пациентов следующих симптомов: нарушение носового дыхания, симптомы риносинусита, симптомы аденоидита,

нарушение сна, симптомы со стороны органа слуха, эмоциональные переживания, признаки аллергии, ограничение активности. Каждый признак оценивался от 1 до 7 баллов, где 1 балл соответствовал минимальной, а 7 баллов – выраженной активности симптома. Дополнительно мы оценивали психоэмоциональный статус детей по визуально-аналоговой шкале оценки боли Вонга-Бейкера с использованием понятных для детей изображений. В ходе исследования было установлено, что пациенты с поражением слухового анализатора показали несколько более выраженное ухудшение качества жизни по сравнению с группой контроля. Однако уже на 7 сутки после операции пациенты обеих групп продемонстрировали сходные результаты оценки качества жизни, которые соответствовали нормальным значениям.

Выводы. Таким образом, аудиологическое обследование пациентов с гипертрофией аденоидов позволяет вовремя диагностировать экссудативный средний отит, определить тактику ведения пациента, оценить эффективность проведённого лечения, а также обеспечивать динамическое наблюдение за состоянием среднего уха в послеоперационном периоде. Оценка качества жизни пациентов с гипертрофией глоточной миндалины показала, что благополучие детей с поражением слухового анализатора страдает больше, чем у пациентов без патологии органа слуха.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ

Гуров А.В.^{1,2}, Фомина Д.С.³, Товмасян А.С.¹, Рабаданов Г.К.^{1*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ
ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова» Минздрава России

³Московский городской научно-практический центр аллергологии и иммунологии
на базе Городской клинической больницы № 52

*E-mail: gasanvolgograd34@mail.ru

Введение. Полипозный риносинусит (ПРС) характеризуется различными вариантами клинического течения. Фенотип, наиболее склонный к рецидивирующему росту назальных полипов и формированию сопутствующей бронхиальной астмы (БА), индуцирован Т2-иммунной реакцией.

Одним из перспективных направлений терапии таких состояний является возможность использования моноклональных антител, которые таргетно блокируют определенные звенья T2-воспалительной реакции, тем самым купируя симптоматику ПРС. Наиболее изученное из них это дупилумаб, который является антителом, ингибирующим IL-4 и IL-13. Также к этой группе препаратов можно отнести омализумаб, являющийся рекомбинантным гуманизированным IgE ассоциированным моноклональным антителом, и меполизумаб, который является антителом, ингибирующим IL-5 и эозинофильное воспаление.

Цель исследования. Повышение эффективности терапии рецидивирующего ПРС на основе применения препаратов, содержащих моноклональные антитела различной специфичности

Материалы и методы. На базе ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы в центре аллергологии и иммунологии было обследовано 120 пациентов в возрасте от 20 до 87 лет (мужчин – 61, женщин 59) с диагнозом БА, отягощенных ПРС, получавших лечение препаратами моноклональных антител. Исследуемые пациенты были разделены на 3 группы:

I группа (n=70, Ж – 39, М – 31) получала в ходе таргетной терапии БА с сочетанным ПРС – дупилумаб; II группа (n=29, Ж – 18, М – 11) – омализумаб; III группа (n=21, Ж – 11, М – 10) – меполизумаб. В ходе исследования был проведен сравнительный анализ тяжести течения ПРС, согласно балльной системе SNOT-22, эндоскопической картине по шкале Lund-Kennedy (LKS) и результатам КТ по шкале Lund-Mackay (LMS).

Результат исследования. В I группе (n=70) пациентов, в терапии которых был использован препарат дупилумаб в виде 1 подкожной инъекции в дозировке 300 мг (один раз в 2 недели), был отмечен выраженный регресс основных симптомов ПРС, что подтверждалось баллами шкал SNOT-22, LKS и LMS. По результатам статистического анализа средним баллом по шкале SNOT-22 в исходном значении у пациентов данной группы был 59,1, через 6 мес. после начала лечения – 33,7, а через 12 мес. – 30,3. Средний балл до начала терапии по шкалам LKS/LMS составлял 5/12, спустя 6 мес. – 4/8, а спустя 12 мес. – 3/7, что подтверждает эффективность проведенной терапии. Также доказано снижение частоты рецидивов полипозного процесса и уменьшение необходимости проведения повторных эндоскопических операций.

Во II группе (n=29) на фоне лечения омализумабом по схеме 300 мг подкожно (один раз в 2 недели) у больных было отмечено снижение баллов по шкалам SNOT22 и LKS/LMS относительно первоначальных показателей. Так, средний балл по шкале SNOT-22 у пациентов этой группы в исходном значении составил 57,3, через 6 мес. после начала лечения – 40,5, а

через 12 мес. – 36,9. Средний балл до начала терапии по шкалам LKS/LMS составлял 7/11, спустя 6 мес. – 4/9, а спустя 12 мес. – 4/7.

В III группе (n=21) на фоне лечения меполизумабом в дозировке 100 мг подкожной инъекции один раз в 2 недели отмечалось улучшение клинических проявлений. Средний балл по шкале SNOT-22 у пациентов данной группы в исходном значении составил 56,5, через 6 мес. после начала лечения – 43,2, а через 12 мес. – 32,6. Средний балл до начала терапии по шкалам LKS/LMS составлял 7/10, спустя 6 мес. – 4/9, а спустя 12 мес. – 3/8.

Выводы. Все исследованные препараты доказали эффективность в терапии рецидивирующего ПРС. Однако наиболее эффективным препаратом, применение которого позволило достичь более выраженного регресса основной клинической симптоматики, снижения степени рецидивирования ПРС с отсутствием потребности в повторных хирургических вмешательствах, а также позволившего добиться наиболее выраженного улучшения качества жизни пациентов, явился препарат, содержащий в своем составе молекулу дупилумаб.

ЭКЗЕМАТОЗНАЯ ФОРМА НАРУЖНОГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ

Дворников А.С.², Крюков А.И.^{1,2}, Гайдина Т.А.^{1,2}, Шадрин Г.Б.¹, Мунзалевская Ю.Д.^{1*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии

им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет

им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

*E-mail: mynza_90@mail.ru

Введение. Наружный отит (НО) является одной из наиболее частых заболеваний, с которым пациент обращается к врачу-оториноларингологу. В последние годы отмечают рост числа пациентов с НО, ведущей, а иногда и единственной жалобой у которых является зуд в наружном слуховом проходе (НСП).

Цель исследования. Оценка особенностей течения и лечения экзематозного НО у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Проведено обследование 132 пациентов (женщин – 100, мужчин – 32) с рецидивирующим НО, ведущей жалобой у которых был ушной зуд. Давность начала заболевания варьировала от нескольких месяцев до 5 лет. Всем пациентам помимо стандартного клинического и оториноларингологического обследований в обязательном

порядке проводили микробиологическое исследование, комплексное дерматологическое обследование.

Результаты исследования. Двусторонний характер поражения наружного слухового прохода (НСП) выявлен у 120 пациентов, односторонний – у 12, (всего 252 уха). Диагностическая значимая микрофлора выявлена у 30 пациентов.

Пациенты разделены на 5 групп:

1 группа (n=20) – изолированный зуд кожи НСП без изменения кожи НСП; Посев не дал роста; 2 группа (n=36) – зуд и экзематозные изменения кожи НСП. Посев на флору не дал роста; 3 группа (n=30) – зуд и экзематозные изменения кожи НСП с наличием значимой микробиоты (*Corynebacterium spp.*, *Staphylococcus epidermidis*, *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter junii*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus simulans.*); 4 группа (n=22) – зуд, экзематозные изменения, гиперкератоз кожи НСП. Посев не дал роста; 5 группа (n=24) – зуд, экзематозные изменения, фиброзная атрезия НСП. Посев не дал роста.

Характерным проявлением экзематозной формы наружного отита у всех пациентов являлось отсутствие ушной серы.

У 3 пациентов четвертой группы на фоне проводимого лечения (удаление гиперкератотических масс с целью освобождения просвета НСП) отмечено формирование фиброзной атрезии.

Для выявления эндогенного фактора, влияющего на развитие зуда у пациентов, исследованы уровень общего иммуноглобулина Е и эозинофильного катионного протеина в сыворотке крови у всех пациентов. Показатели соответствуют референсным значениям.

Гистологическое исследование кератотических пробок и кожи НСП с участком иссеченной фиброзной атрезии проведено 11 пациентам. Предварительные данные гистологического исследования показали, что все слои кожи сохранены и не имеют морфологической патологии. В результате гистологического исследования гиперкератотических масс пациентов четвертой группы – «гиперкератотические слепки-чехлы» выявлены кератиновые массы и клетки слущенного многослойного плоского эпителия с дистрофическими изменениями.

Пациентам 2 группы провели комплексное дерматологическое обследование с участием врача-дерматовенеролога, в результате которого у 17 пациентов выявлены различные дерматологические заболевания – псориаз, онихомикоз, себорейный дерматит, ихтиоз, экзема. Все 17 пациентов получают комплексное дерматологическое лечение сопутствующего дерматологического заболевания, что положительно сказывается на динамике основного ЛОР заболевания наружного уха и НСП.

У пациентов 3 группы проведённого курса терапии комплексным препаратом (Антибиотик-аминогликозид + репарации тканей стимулятор + глюкокортикостероид для местного применения + противогрибковое средство), при подтверждении эффективности лечения отрицательными результатами посева, сохранялись жалобы и характерная клиническая картина НО, что свидетельствует о вторичной роли выявленной микрофлоры в развитии заболевания.

Пациенты 1 и 2 групп наружно применяли 1% пимекролимус в виде крема 2 р/день 28 дней. В результате проведённого лечения отмечена положительная динамика у всех пациентов, однако полное исчезновение зуда отметили только 18 пациентов из 56.

У пациентов 3 группы после проведённого курса лечения комбинированным препаратом изменения клинической картины не отмечено.

Пациенты 5 группы с фиброзной атрезией проведено хирургическое лечение в виде каналоластики НСП, при этом у 2 пациентов через 1 месяц после проведенного хирургического лечения отмечен рецидив фиброзной атрезии.

Выводы. При обследовании пациентов с хроническим НО необходима консультация врача-дерматовенеролога, поскольку у значительной части пациентов состояние развивается на фоне дерматологических заболеваний. Формирование вторичной фиброзной атрезии НСП до барабанной перепонки является осложнением течения экзематозного отита. Для лечения пациентов с экзематозной формой наружного отита и кожным зудом показано применение топических препаратов.

ЭКЗОГЕННЫЙ ОКСИД АЗОТА В ЛЕЧЕНИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА

Егоров В.И., Беляева А.П. *, Голубовский Г.А.

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.

М.Ф. Владимирского»

*E-mail: belyaeva0996@yandex.ru

Введение. Паратонзиллярный абсцесс – заболевание, характеризующееся гнойным расплавлением околоминдаликовой клетчатки, располагающейся между псевдокапсулой небной миндалины и глоточной фасцией, покрывающей мышечные констрикторы глотки. Данная патология является осложнением острого тонзиллита, хотя существуют описанные случаи при безангиозных формах хронического тонзиллита, с чем мы также столкнулись на базе ЛОР-отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Паратонзиллярный абсцесс является одним из наиболее часто встречающихся неотложных состояний в

оториноларингологии у людей молодого, трудоспособного возраста. Характеризуется выраженной односторонней болью в горле, асимметрией мягкого неба и фебрильной лихорадкой, а также тризмом жевательной мускулатуры. Однако, последний признак встречается не всегда и является необязательным, поэтому не стоит опираться на наличие или отсутствие тризма.

Принципиальным условием лечения является санация очага инфекции в максимально короткие сроки. Методом выбора хирургического лечения является либо вскрытие абсцесса с последующим ежедневным разведением краев раны до исчезновения гнойного отделяемого, либо абсцесстонзиллэктомия с удалением небной миндалины с противоположной стороны. Так же не мало важным в лечении гнойного воспаления паратонзиллярной клетчатки является применение антибактериальной терапии и послеоперационного ведения раны. Пренебрежение данным этапом может привести как к прогрессированию воспалительного процесса, с последующими осложнениями, так и рецидивом паратонзиллярного абсцесса в будущем.

В последние годы в клинической практике большое внимание уделяется немедикаментозным методам воздействия на воспаления, среди которых неоднозначную роль занимают методы физического воздействия. Так, например, в конце XX века было установлено, что оксид азота (NO) – нейтральный газ, в малых концентрациях непрерывно продуцируется в организме человека и животных и обладает широким спектром биорегуляторных действий за счет его способности легко проникать через поверхностные мембраны соседних клеток и других клеточных структур. Малые размеры и отсутствие заряда обеспечивают высокую проницаемость NO через мембраны клеток и клеточные структуры. И так на основе знаний об эндогенном оксиде азота, Шехтером А.Б. с соавторами был открыт новый способ лечения гнойных ран экзогенным оксидом азота, получаемый из атмосферного воздуха при помощи отечественного воздушно-плазменного аппарата. Значение оксида азота при воздействии на гнойный процесс проявляется в его антибактериальном эффекте, репаративных свойствах, влиянии на микроциркуляцию, стимуляции макрофагов, индукцией цитокинов. Все это послужило началом исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с паратонзиллярным абсцессом на основе использования современного комплексного подхода с применением NO-терапии.

Материалы и методы. На основе положительного опыта ЛОР-клиники ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского применения NO-терапии у больных после тонзиллэктомии было оценена роль применения NO-терапии в комплексном лечении паратонзиллярных абсцессов. Пациенты были разделены на 4 группы для оценки эффективности различных способов лечения.

Пациентам с рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом проводилась абсцесстонзиллэктомия с удалением небной миндалины на противоположной стороне, после при помощи специального манипулятора стимулятор-коагулятор произведена обработка раны холодным газовым потоком (NO) с расстояния от наконечника 1-2см в течение 1 минуты на область тонзиллярных ниш в течении стационарного лечения. При гистологическом исследовании было описано наличие хронического воспаления как в миндалине на стороне поражения, так и на противоположной, что обосновывает удаление обеих миндалин во время абсцесстонзиллэктомии.

Пациентам с впервые возникшим паратонзиллярным абсцессом проводилось вскрытие абсцесса с последующим разведением краев раны, промывание полости и обработка экзогенным оксидом азота при помощи санационного катетера в течении 1 мин. Оценивались гиперемия ротоглотки, асимметрия мягкого неба, болевой синдром, площадь налета фибрина, а также общий и биохимический анализы крови, температура тела и общее состояние пациента, шкала боли ВАШ. В группах с применением NO-терапии клинические признаки нормализовались быстрее.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ПОСЛЕ ФОНОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ

Егоров В.И.¹, Герасименко М.Ю.², Мустафаев Д.М.¹, Смирнова С.Н.¹, Путкарадзе Е.И.¹

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

*E-mail: putkaradze11@yandex.ru

Введение. Доброкачественные новообразования гортани приводят к стойкому нарушению голоса. Среди продуктивных процессов верхних дыхательных путей полипы составляют 39-68%. Часто, даже таких малых размеров доброкачественные новообразования, как полипы от 2 до 6 мм, в первую очередь вводят к изменению голоса.

Неэффективная консервативная терапия, продолжительная фонотравма, микротравма слизистой оболочки и неправильное голосоведение приводит к последующему хирургическому введению таких пациентов в комплексе с ранней послеоперационной реабилитацией.

Разработка и применение современного метода восстановления функции голосового аппарата после фонохирургических операций позволило быстро вернуть яркий и звонкий голос, как для дальнейшего профессионального роста представителей голосо-речевых профессий, так и для обычной качественной коммуникации в социуме.

Цель работы. Проанализировать данные акустического анализа голоса после применения неподвижного импульсного магнитного поля, как современного метода скорой реабилитации голосовой функции в послеоперационном периоде у пациентов с доброкачественными новообразованиями гортани.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов, поступивших в отделение оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом полип голосовой складки. Пациенты были разделены на 2 группы (основная и контрольная). В основную группу вошли 40 пациентов, которым в послеоперационном периоде с целью реабилитации и восстановления функций голосового аппарата к стандартной схеме лечения было добавлено низкочастотное неподвижное импульсное магнитное поле. С первых суток после удаления полипа голосовых складок осуществлялось воздействие неподвижным импульсным магнитным полем с частотой 100 Гц, интенсивностью 6 мТл в режиме 3, продолжительностью 15 минут 2 раза в день в течение 4 дней. По окончании курса процедур фиксировались показатели акустического анализа голоса и сравнивались в двух группах до и после оперативного вмешательства в комплексе с послеоперационной терапией.

Результаты. Комплексное лечение после удаления полипов голосовых складок обеспечило быструю регенерацию и реэпителизацию послеоперационной раны. Улучшение акустических параметров голоса (Jitter, Shimmer, F0, MPT, DSI).

Выводы. Послеоперационная реабилитация пациентов после фонохирургических операций является неотъемлемой частью их лечения. Наблюдается значительная заинтересованность в восстановлении голосового аппарата в наиболее короткие сроки. Современный подход ранней реабилитации пациентов позволяет достигнуть более выраженного и стойкого клинического эффекта, оптимизировать объем реабилитационных мероприятий по восстановлению функции голосового аппарата.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТА ОТ КЛАССИЧЕСКОЙ ТРАХЕОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Егоров В.И.¹, Овезов А.М.¹, Салихов Д.А.^{1,2}, Пряников П.Д.¹, Таджикулова К.Н.²

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

²ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница»

*E-mail: zod.dr13@yandex.ru

Введение. Новая короновиральная инфекция (НКИ) COVID-19 в своей эволюции приобрела сезонный характер. Доля госпитализаций в профильные инфекционные стационары снизилась по сравнению с прошедшими годами, однако, циркуляция вируса в человеческой популяции сохраняется. В рамках данной работы был проведен анализ историй болезни пациентов с НКИ, у которых использовалась инвазивная вентиляция легких (ИВЛ) и наложена трахеостома (Т) по показаниям на 3 сутки от интубации для выявления влияния оперативного вмешательства на течение основного заболевания [1, 2].

Цель исследования. Провести оценку влияния трахеостомии на продолжительность медицинской седации, длительности инвазивной респираторной поддержки и динамику PaO_2/FiO_2 (P/F) у пациентов с НКИ на ИВЛ до и после наложения трахеостомы на 3 сутки от момента оротрахеальной интубации.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 30 пациентов с COVID-19, требующих продолжительной ИВЛ (КТ 2-4), перенесших открытую классическую трахеостомию на 3 сутки (n=30) от момента интубации с июня 2021 года по март 2022 года в ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница», перепрофилированной под оказание медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией [3]. Производился подсчет количества суток использования медицинской седации после оперативного вмешательства, а также количество суток использования инвазивной вентиляции легких после трахеостомии (таблица 1). Оценивался клинически значимый показатель ОРДС – соотношение PaO_2/FiO_2 [4, 5] за 2 суток до оперативного вмешательства и 2 суток после операции. При проведении анализа для оценки влияния от операции были выбраны 2 контрольные точки – 1 сутки до операции (Тдо1) vs 2 сутки после операции (Т2)

Результаты. Средний возраст пациентов составил 59 (48–65 лет) лет.

Из них женщин – 18 (60%), мужчин 12 (40%). Операции были выполнены в операционной – 11 (37%), в отделении реанимации – 19 (63%).

Таблица 1 – Продолжительность медицинской седации и длительности инвазивной респираторной поддержки после проведения оперативного вмешательства

Показатель	Продолжительность медицинской седации после наложения трахеостомы, n=30	Длительности инвазивной респираторной поддержки, n=30
Mean	2,114	6,200
Std. Deviation	2,026	6,521
Std. Error of Mean	0,3424	1,102
Lower 95% CI of mean	1,418	3,960
Upper 95% CI of mean	2,810	8,440
Coefficient of variation	95,82%	105,2%

Вне зависимости от уровня повреждения легких и сопутствующей патологии удавалось отказаться от медицинской седации в среднем через 2 суток после проведения операции. При этом, у исследуемой группы пациентов, длительность инвазивной респираторной поддержки в среднем составляла около 6 суток. Проведенное оперативное вмешательство – наложение трахеостомы, давало у данной группы пациентов возможность на более раннюю активизацию, что, в свою очередь, могло влиять на течение основного заболевания.

Как видно из графика (рисунок 1), у пациентов происходит увеличение соотношения PaO₂/FiO₂ в среднем на 18,5% (Тдо1 vs Т2).

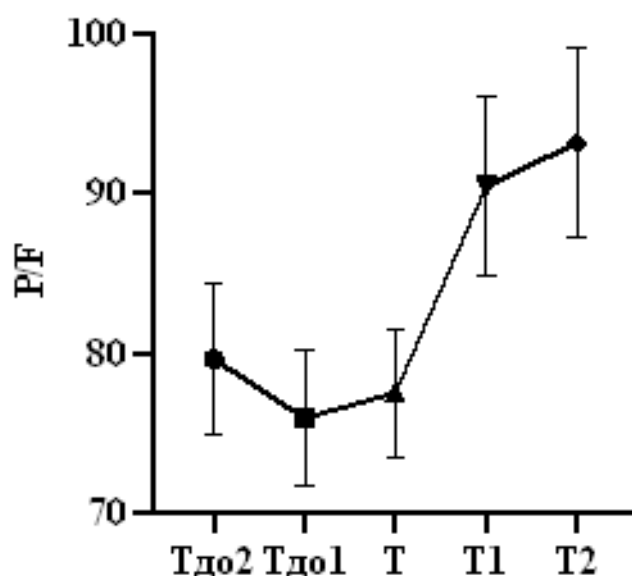


Рисунок 1 – Динамика PaO₂/FiO₂ (P/F) у пациентов с НКИ на ИВЛ

Данные представлены в виде Mean+SEM. При анализе показателей выявлено достоверное различие в 2 контрольных точках – Tдо1 vs T2 (Wilcoxon Test, $p=0,0005$).

Выводы. В данной выборке пациентов трахеостомия, произведенная на 3 сутки после интубации у пациентов с НКИ, снижала количество дней медицинской седации, позволяла снизить длительность инвазивной вентиляции легких, а также динамически значимо вызывала увеличение соотношения P/F. Наложение трахеостомы влияет на течение тяжелой формы новой коронавирусной инфекции (учитывая специфичность поражения легочной ткани). Данная операция показана при ведении пациентов с данной патологией [6].

Список используемой литературы:

1. Матюшков Н. С., Тюрин И. Н., Авдейкин С. Н., Боярков А. В., Казаков Д. Н., Костин Д. М., Средняков А. В., Проценко Д. Н. Респираторная поддержка у пациентов с covid-19. Опыт инфекционного госпиталя в коммунарке: одноцентровое ретроспективное исследование // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2021. №3. С.47-60. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-3-47-60.
2. McGrath BA, Brenner MJ, Warrillow SJ, Pandian V, Arora A, Cameron TS, Añon JM, Hernández Martínez G, Truog RD, Block SD, Lui GCY, McDonald C, Rassekh CH, Atkins J, Qiang L, Vergez S, Dulguerov P, Zenk J, Antonelli M, Pelosi P, Walsh BK, Ward E, Shang Y, Gasparini S, Donati A, Singer M, Openshaw PJM, Tolley N, Markel H, Feller-Kopman DJ. Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance // Lancet Respir Med. 2020. Vol. 8. Is.7. P. 717-725. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30230-7.
3. Егоров В.И., Мустафаев Д. М., Кочнева А. О., Комарова Ж. Е. Трахеостомия у пациентов с COVID-19 // Российская оториноларингология 2020. №5. С.8-13. DOI: 10.18692/1810-4800-2020-5-8-13.
4. Rice TW, Wheeler AP, Bernard GR, Hayden DL, Schoenfeld DA, Ware LB; National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Network. Comparison of the SpO₂ /FIO₂ ratio and the PaO₂ /FIO₂ ratio in patients with acute lung injury or ARDS. Chest. 2007 Aug;132(2):410–417. doi: 10.1378/chest.07-0617.
5. Brown SM, Grissom CK, Moss M, Rice TW, Schoenfeld D, Hou PC, Thompson BT, Brower RG; NIH/NHLBI PETAL Network Collaborators. Nonlinear imputation of Pao₂ /Fio₂ from Spo₂ /Fio₂ among patients with acute respiratory distress syndrome. Chest. 2016 Aug;150(2):307–313. doi: 10.1016/j.chest.2016.01.003.
6. McGain F, Humphries RS, Mora JC, Timms P, Hill F, French C. Aerosol generation during surgical tracheostomy in a patient with COVID-19 // Crit Care Resusc. 2023. Vol. 22. Is. 4. P. 391-393. DOI: 10.51893/2020.4.r12r.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ И КИШЕЧНИКА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАТАРАЛЬНЫМ И/ИЛИ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Еременко Ю.Е.¹, Семижон П.А.², Согоян И.И.¹, Шестакова Е.В.^{1*}, Счесленок Е.П.²,
Дубков Н.А.²

¹ Государственное учреждение «Республиканский научно - практический центр оториноларингологии», Минск, Республика Беларусь

² Научно – исследовательский институт гигиены, токсикологии, эпидемиологии, вирусологии и микробиологии государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», Минск, Республика Беларусь

*E-mail: tkachenkocat@mail.ru

Введение. Известно, что микробиота дыхательных путей и кишечника участвует в формировании местного и системного иммунитета, поэтому дисбиотические изменения в носоглотке и/или кишечнике могут повышать риск развития среднего отита у детей. Более глубокое изучение респираторной и кишечной микрофлоры в норме и при патологических состояниях необходимо для разработки подходов к восстановлению микробиоценоза.

Цель исследования. Сравнить количественный состав микробиоты носоглотки и кишечника у здоровых детей и пациентов с острым катаральным и/или экссудативным средним отитом.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование, включающее 76 пациентов. Из них основную группу составили 51 пациент с острым катаральным и/или экссудативным средним отитом. Медиана возраста (среднее значение) – 4,0 (4,4). Среди пациентов было:

- 21 пациент (41%) с острым катаральным средним отитом;
- 12 пациентов (24%) с экссудативным средним отитом;
- 18 пациентов (35%) с острым катаральным и экссудативным средним отитом.

Группу сравнения составили 25 здоровых детей. Медиана возраста – 5 (5,7). Медиана возраста по всей когорте – 4 (4,83).

Всем пациентам осуществлялось взятие назофарингеальных проб и проб фекалий с последующей идентификацией ДНК микроорганизмов методом количественной ПЦР. Анализ результатов амплификации в режиме реального времени проводили с помощью программного обеспечения используемого прибора для амплификации с оптическим модулем (IQ 5, Bio-Rad). Для проведения количественной оценки исследуемых микроорганизмов использовались

стандартные образцы с рассчитанным содержанием количества копий геномных ДНК (ГЭ/мл). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10» (StatSoft, Inc., США, лицензия №АХХR012E839529FA).

В день взятия биологического материала обязательным условием было отсутствие применения капель/спреев в нос с лечебной и увлажняющей целью. Неотъемлемым условием было так же отсутствие приёма антибактериальных лекарственных средств (местного и системного действия) и пробиотиков в течение 1 месяца до взятия проб из носоглотки и проб фекалий. Получены информированные согласия родителей/опекунов ребенка о проведении исследования в устной и письменной форме.

Результаты:

1. У пациентов с острым катаральным и/или экссудативным средним отитом выявлен статистически значимо сниженный уровень *Bifidobacterium spp.* – $2,75 \pm 0,48$ в носоглотке и $5,92 \pm 2,19$ в кишечнике (группа сравнения – $4,22 \pm 1,33$ и $9,55 \pm 0,48$ соответственно ($p < 0,05$);

2. Выявлен статистически значимо сниженный уровень *Lactobacillus spp.* у детей с отитами: $5,87 \pm 0,27$ в носоглотке (группа сравнения – $7,52 \pm 0,52$; $p < 0,05$);

3. *Streptococcus spp.* у детей с отитами выявлен в статистически значимо большем количестве: $5,99 \pm 0,97$ в носоглотке и $7,96 \pm 0,58$ в кишечнике (группа сравнения – $4,48 \pm 0,74$ и $6,06 \pm 0,79$ соответственно; $p < 0,05$);

4. *Velionella spp.* у детей с отитами выявлена в статистически значимо большем количестве: $6,01 \pm 2,32$ в носоглотке и $5,40 \pm 1,75$ в кишечнике (группа сравнения – $4,80 \pm 1,04$ и $3,91 \pm 1,23$ соответственно; $p < 0,05$);

5. Выявлено статистически значимо большее количество *Staphylococcus spp.* у детей с отитами: $6,38 \pm 0,99$ в носоглотке (группа сравнения – $4,86 \pm 0,76$; $p < 0,05$);

6. При анализе количественного состава *Enterococcus spp.*, *Enterobacteriaceae*, *Prevotella spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.* не выявлено статистически значимых различий в микробиоте носоглотки и кишечника пациентов с отитами и здоровых детей ($p > 0,05$).

Выводы. Учитывая результаты проведенного исследования можно предположить, что наличие значимого дисбиотического сдвига в количественном составе микробиоты кишечника и носоглотки пациентов со средними отитами (снижение уровня комменсальных микроорганизмов рода *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*; увеличение уровня условно-патогенных микроорганизмов рода *Streptococcus*, *Velionella* и *Staphylococcus*) в сравнении со здоровыми детьми ($p < 0,05$), является фактором риска развития и рецидивирования средних отитов у детей, что необходимо учитывать при назначении корректирующей терапии.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ПРИ ТОНЗИЛЛОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НОСИТЕЛЬСТВОМ В-ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ А

Зайцева Т.С.¹, Нестерова А.А.¹, Нестерова К.И.^{2*}, Миракян Р.Г.¹, Лесных А.А.², Еремченко В.О.², Волосникова А.Р.³, Ермолаева М.В.³, Терре В.В.³

¹ООО «ЛОР Центр. Хирургия головы и шеи», г. Москва

²ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

³БУЗ ОО «Клинический медико-хирургический центр Омской области»

*E-mail: klnesterova@gmail.com

Определение показаний к хирургическому лечению хронического тонзиллита (ХТ) при наличии тонзиллогенной патологии является актуальной современной проблемой, т.к. распространенность заболевания составляет от 5-6% до 37% у взрослых и от 15% до 63% у детей.

Цель работы. Оценка на основе анализа литературных источников современных представлений об эффективности хирургического лечения хронического тонзиллита у больных с тонзиллогенной патологией, обусловленной носительством β -гемолитических стрептококков группы А (БГСА).

Материалы и методы. Были проанализированы более 100 российских и зарубежных научных статей, посвященных обсуждаемому вопросу.

Результаты. Небные миндалины чаще других органов являются первичным резервуаром БГСА-инфекции. Ввиду сходства клеточной стенки стрептококка с белковыми молекулами организма человека образующиеся против БГСА антитела перекрестно реагируют с тканями других органов, формируя заболевания сердца, суставов, почек, которые являются причиной более 500 000 ежегодных смертей.

Если ранее хирургическая тактика – тонзиллэктомия (ТЭ) была понятна и общепринята, то современные знания о роли и функции небных миндалин заставляют чаще выбирать органосохраняющее направление. Среди тонзиллогенных осложнений лучше всего изучен механизм развития таких БГСА-ассоциированных состояний, как острая ревматическая лихорадка (ОРЛ), постстрептококковый реактивный артрит (ПСРА) и постстрептококковый гломерулонефрит (ПСГН).

До середины XX столетия существовало мнение, что ТЭ приводит к снижению риска первого эпизода ОРЛ или уменьшению вероятности рецидива, если выполняется уже после перенесенной ОРЛ. Позднее, уже в 1960-х гг. R. Chamovitz с соавт. на основе анализа данных 6974 летчиков сделали вывод, что ТЭ не снижает риск стрептококковой инфекции и ОРЛ, а

также не меняет ее течение. Более того, все больше данных свидетельствуют о том, что кожные инфекции БГСА также могут стать движущим звеном к развитию ОРЛ. К тем же выводам пришли Н Walsh с соавт. (1967) при обследовании 660 детей, отметив значимое сокращение числа ревматических атак, ревматической болезни сердца и летальных исходов при проведении профилактической антибактериальной терапии ежемесячно. На данный момент такая тактика является стандартом ведения пациентов, перенесших ОРЛ. Однако в случаях, когда БГСА-носительство приводит к частым обострениям тонзиллита, потенциально повышающим не только риск новой атаки ОРЛ, но и развитие других метатонзиллярных осложнений, следует рассмотреть хирургическую санацию небных миндалин в качестве следующего шага.

Что касается ПСРА, ученые еще в 1985 году выявили достоверную связь между ТЭ и снижением титров ревматоидного фактора, у 67% пациентов после ТЭ было отмечено снижение активности ПСРА. Ревматоидный фактор класса IgA является определяющим в прогнозе заболевания: его высокие титры связывают с активностью развития эрозивного процесса в костной ткани при артрите. Описаны случаи значимого улучшения состояния больных после ТЭ при тяжелом течении ПСРА. На основании этого японские ученые отнесли ТЭ к методам лечения второй линии при ПСРА. Однако качественных рандомизированных контролируемых исследований относительно роли ТЭ в тактике лечения данной категории пациентов не проводилось.

Несмотря на ограниченные возможности лечения ПСГН, в целом прогноз по данному заболеванию благоприятный. Рецидивы ПСГН возникают крайне редко, в основном на фоне пиодермии. Показатели смертности, связанные с ПСГН, варьируются от 0,02 до 0,4 смертей на 100000 населения по отчетам развивающихся стран, в развитых странах смертность крайне низкая. Соответственно, полезность профилактической ТЭ при ПСГН не очевидна. В основе выбора метода лечения ПСГН должны лежать индивидуальный учет особенностей течения заболевания и симптомов, преобладающих в клинической картине.

Выводы. Согласно современным литературным данным, хирургическая тактика не оправдана при острой ревматической лихорадке и постстрептококковом гломерулонефрите. Тонзиллэктомия может быть проведена по поводу рецидивирующего тонзиллита, но влияния на течение уже имеющихся указанных заболеваний, предположительно, не окажет. При постстрептококковом реактивном артрите эффективность тонзиллэктомии подвергается сомнению в связи с низким качеством и малочисленностью опубликованных данных. Однако в случае четкой установленной взаимосвязи течения постстрептококкового реактивного артрита с обострениями тонзиллита при неэффективности консервативного ведения пациента как способ лечения следует рассматривать тонзиллэктомию.

ВЛИЯНИЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ IGA-НЕФРОПАТИИ И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Зайцева Т.С.¹, Нестерова А.А.¹, Нестерова К.И.^{2*}, Миракян Р.Г.¹, Щербина И.А.²,
Лесных А.А.², Еремченко В.О.², Волосникова А.Р.³, Ермолаева М.В.³, Терре В.В.³

¹ООО «ЛОР Центр. Хирургия головы и шеи», г. Москва

²ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ БУЗ ОО «Клинический медико-хирургический центр Омской области»

*E-mail: knesterova@gmail.com

Хронический тонзиллит (ХТ) – одно из самых распространенных заболеваний в мире. Количество страдающих им пациентов постоянно увеличивается, причем компенсированная форма заболевания нередко остается вне поля зрения врача. Трудности при выборе тактики у данной категории пациентов вызывает наличие ассоциированных с ХТ заболеваний, потенциально контролируемых путем влияния на небные миндалины.

Цель работы. Оценка современного состояния вопроса о роли тонзиллэктомии (ТЭ) при IgA-опосредованных заболеваниях, ассоциированных с ХТ – IgA-нефропатии и геморрагической пурпуре.

Материалы и методы. Были проанализированы более 100 российских и зарубежных научных статей, посвященных обсуждаемому вопросу.

Результаты. IgA-нефропатию принято рассматривать как аутоиммунный / воспалительный синдром, индуцированный нарушением иммунной толерантности к бактериям, персистирующим в небных миндалинах. Согласно мета-анализу 19-ти исследований от 2017 г., ТЭ ассоциирована с более высокой частотой клинической ремиссии, сдерживанием прогрессирования почечной недостаточности при IgA-нефропатии.

Li Y. с соавт. в 2022 г. на основе ретроспективного анализа 452 историй болезни в китайской выборке показали, что независимо от степени тяжести протеинурии показатели клинической ремиссии и почечной выживаемости были выше у пациентов, перенесших ТЭ. Предполагается, что эффективность ее связана со снижением продукции слизистой оболочкой аномально галактозилированных молекул IgA1.

Исследование же европейской выборки пациентов (2016), напротив, не выявило значимой корреляции между ТЭ и изменениями протеинурии в течение 5 лет послеоперационного наблюдения.

Эти наблюдения формируют различие в азиатских и европейских клинических рекомендациях по лечению пациентов с IgA-нефропатией. Если европейские рекомендации инициативной группы по улучшению глобальных исходов лечения пациентов с хронической

болезнью почек KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) не рассматривают ТЭ в тактике лечения IgA-нефропатии в связи с небольшим количеством исследований, то аналогичный японский документ включает ТЭ как вариант ведения данной группы пациентов. В отечественных клинических рекомендациях, разработанных Е.М. Шиловым с соавт. (2015), отмечается возможность проведения ТЭ в случае возникновения частых рецидивов заболевания на фоне обострения ХТ, если консервативное лечение не приносит эффекта. Анализ мутаций генов, связанных с альтернативным путем комплемента, ассоциированным с IgA-нефропатией, может пролить свет на то, какие пациенты с большей вероятностью получат пользу от ТЭ.

Геморрагический васкулит (или пурпура Шенлейна-Геноха) является наиболее распространенным васкулитом детского возраста и традиционно рассматривается как доброкачественное и самокупирующееся заболевание. Однако примерно у трети пациентов развивается гломерулонефрит, что приводит к высокому риску прогрессирования хронической болезни почек, в 20% случаев – до терминальной стадии. Тактика лечения зависит от наличия или отсутствия поражения почек. При интактных почках лечение проводится симптоматически, при наличии гломерулонефрита может быть применена хирургическая тактика. Согласно литературе, существует высокая корреляция между ранним выполнением ТЭ и сокращением времени до нормализации показателей мочи при васкулите. Также показано, что продолжительность болей в животе, сыпи, количество дней, сопровождающихся протеинурией и гематурией, в группе ТЭ были значительно меньше, чем в контрольной группе. Примечательно, что большая часть исследований описывает пациентов с тяжелым течением пурпуры Шенлейна-Геноха, в частности, ассоциированной с нефритом, когда ТЭ становится крайней мерой для улучшения состояния больного.

Многие исследования как по IgA-нефропатии, так и по геморрагическому васкулиту подчеркивают эффективность сочетания ТЭ с лечением глюкокортикостероидами по сравнению с применением каждого метода по отдельности.

Выводы. Двусторонняя ТЭ у пациентов с IgA-нефропатией и геморрагическим васкулитом с поражением почек способствует улучшению клинико-лабораторных показателей функции почек и может рассматриваться как патогенетически обоснованное лечение. При васкулите без поражения почек предпочтительнее симптоматическое лечение. В случае отсутствия положительной динамики на его фоне, а также при доказанной связи обострений ХТ и ухудшения состояния почек, рекомендовано рассмотрение хирургической санации небных миндалин. Требуется дальнейшие исследования в этой области с расширением выборки пациентов с IgA-опосредованными заболеваниями и возможной оценкой влияния генетических особенностей на исход лечения.

ТОНЗИЛЛОГЕННЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВЛИЯНИЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ НА ИХ ТЕЧЕНИЕ

Зайцева Т.С.¹, Нестерова А.А.¹, Нестерова К.И.^{2*}, Миракян Р.Г.¹, Щербина И.А.²,
Лесных А.А.², Еремченко В.О.²

¹ООО «ЛОР Центр. Хирургия головы и шеи», г. Москва

²ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ БУЗОО «Клинический медико-хирургический центр Омской области»

*E-mail: klnesterova@gmail.com

Хронический тонзиллит (ХТ) представляет собой широко распространенное хроническое поражение небных миндалин. Считается, что с ХТ связано около 100 заболеваний, среди которых неврологические заболевания занимают третье место по частоте.

Цель работы. Оценка современного состояния вопроса о роли тонзиллэктомии (ТЭ) при неврологических заболеваниях и нейропсихических расстройствах, ассоциированных с ХТ, на основе анализа литературных источников.

Материалы и методы. Были проанализированы более 100 российских и зарубежных научных статей, посвященных обсуждаемому вопросу.

Результаты. В научной литературе имеется достаточно много сведений о связи патологии небных миндалин с неврологическими и нейропсихическими расстройствами. В основе тонзиллогенного поражения нервной ткани могут лежать различные механизмы. Предполагается, что ведущее звено – перекрестная аутоиммунная реакция с антигенами, расположенными на базальных ганглиях головного мозга. Наряду с этим существует предположение о нервно-дистрофической природе заболеваний.

Одним из распространенных видов метатонзиллярных заболеваний, представляющих значительные трудности в диагностике и, особенно, в тактике ведения оториноларингологом, являются детские аутоиммунные нейропсихические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией – PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections). По некоторым оценкам, частота встречаемости PANDAS 1:200. Основным методом лечения пациентов с диагнозом PANDAS считается антибактериальная терапия. В отношении эффективности ТЭ при PANDAS исследования представлены в основном описательными работами в виде клинических случаев, сообщающих об уменьшении тяжести симптомов после ТЭ в сравнении с изолированной антибиотикотерапией. В то же время есть рандомизированные исследования, демонстрирующие отсутствие эффективности ТЭ – не выявлено существенных различий по

прогрессированию симптомов, уровню стрептококковых антител, выраженности нервно-психических симптомов по сравнению с контрольной группой.

Крупное сравнительное исследование от 2019 г. выявило наличие связи ХТ с риском развития психических расстройств. Показано, что ТЭ в анамнезе ассоциирована с повышенным риском развития психических расстройств (ОКР, большим депрессивным расстройством, синдромами дефицита внимания, гиперактивности и Туретта, аутизмом, биполярным и другими расстройствами настроения, агорафобией), с употреблением психоактивных веществ и с суицидальным поведением. Однако исследование тех же факторов на основе Менделевской рандомизации (Georgiou с соавт., 2024) опровергает данное предположение.

В отечественных работах делаются акценты на связь ХТ с синдромом минимальной мозговой дисфункции (синдром нарушения внимания с гиперактивностью). При этом неизбежно возникает вопрос, первичен в этом тандеме ХТ или неврологическое расстройство. Так, А.А. Белоусовым и А.Н. Храбриковым (2018) отмечается, что патология миндалин не влияет на показатели ситуативной и личностной тревожности и уровень депрессии. Тем не менее, в случае регулярного проведения консервативного лечения ХТ (промывания лакун небных миндалин) показатели шкал депрессии и психопатии ниже, чем без лечения.

Вызывает интерес исследование А. Gonzalez с соавт. (2016), показавшее, что факультативные анаэробные бактерии в полости рта могут способствовать повышению уровня оксида азота, вызывающего мигрень. В случае подтверждения данной связи, санация полости рта и глотки, в т.ч., возможно и ТЭ, видится перспективным способом лечения и профилактики мигрени.

К иным, менее изученным, осложнениям ХТ относят стойкое снижение периферического артериального давления (например, синдром Рейно), мигрень, синдром Меньера, энцефалопатия, состояние «неврастении», нейроэндокринные расстройства (ожирение и похудание, нарушение аппетита, нарушение функции половых гормонов и др.). Однако данные патологии описаны в несистематизированных работах, часто имеющих предположительный характер.

Выводы. Несмотря на достаточную доказательную базу, подтверждающую связь ХТ с расстройствами группы PANDAS, на сегодняшний день эффективность ТЭ при них подвергается сомнению в связи с низким качеством проведенных исследований, в основном представленных клиническими наблюдениями. Текущие данные о связи ХТ с другими психоневрологическими расстройствами пока являются гипотетическими и несистематизированными и не имеют практического применения, поэтому необходимо проведение дальнейших клинических исследований.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ НА ЧАСТОТУ БИЕНИЯ РЕСНИЧЕК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА

Золотенин М.К.*, Покровская Е.М., Федорова В.В.

Институт Фундаментальной Медицины и Биологии ФГАУ ВО «Казанский
(Приволжский) Федеральный Университет»

*E-mail: mzolotenin@gmail.com

Введение. На сегодняшний день топические деконгестанты являются наиболее часто применяемыми средствами лечения заболеваний, сопровождающихся заложенностью носа. Проблема длительного и бесконтрольного использования деконгестантов является одной из актуальных проблем оториноларингологии. Длительный прием деконгестантов более 7 дней может привести к развитию медикаментозного ринита.

Цель исследования. Определить влияние длительного использования деконгестантов на частоту биения ресничек.

Материалы и методы. Для исследования отобраны 25 человек в возрасте от 25 - 40 лет с диагнозом – медикаментозный ринит, использующие в течении 5 - 10 лет топические деконгестанты. Пациенты перед исследованием не использовали деконгестант в течении 24 часов. Забор материала у пациентов производился с нижней носовой раковины при помощи урогенитального зонда. Частота биения ресничек высчитывалась при помощи компьютерной программы в Гц.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования получены следующие данные. Частота биения ресничек на нижней носовой раковине у обследованных колебалась в пределах от 2.85 до 5.10 Гц. Среднее значение показателя по медиане составило 4.42 ± 0.16 Гц что достоверно ниже нормы частоты биения ресничек в 7.1 Гц ($p < 0.05$).

Сравнение активности цилиарного эпителия не выявило достоверных различий в частоте биения ресничек в зависимости от длительности использования ксилометазолина. Для длительности использования от 5 до 7 лет использования среднее значение составило 4.76 Гц, от 7 до 10 лет использования 3.54 Гц, более 10 лет использования 4.28 Гц ($p > 0.05$).

Выводы:

1. Длительный прием ксилометазолина снижает частоту биения ресничек полости носа до 4.42 ± 0.16 Гц, что достоверно ниже нормы в 7.1 Гц.
2. Проведенные исследования не выявили достоверных различий активности ресничек полости носа от длительности приема ксилометазолина.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОРТАНИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Зубова З.Ю., Блошкина И.А., Сазонова Е.А., Родькина В.А.

БУЗ ОО «Клинический медико-хирургический центр Омской области»

*E-mail: omskfoncentr@mail.ru

Актуальность проблемы обусловлена высоким уровнем заболеваемости хроническим ларингитом. Среди всех заболеваний ЛОР-органов данная патология составляет 8,4–10% [Пальчун В.Т., 2008; Крюков А.И., 2014]. Гиперпластические процессы в гортани склонны к малигнизации, у 60% пациентов служат фоном для развития рака гортани, который составляет 69–70% среди ЗНО верхних дыхательных путей [Коваленко С.Н., 2008; Литвиненко И.В., 2010]. Хронический гиперпластический ларингит представляет собой социальную проблему в связи с тем, что ведёт к нарушению процесса голосообразования, затруднению речевого общения, а для людей голосоречевых профессий часто к невозможности выполнения профессиональных обязанностей и потере трудоспособности.

Цель исследования. Проанализировать данные пациента с новообразованием гортани в до- и послеоперационный периоды для определения алгоритма ведения и лечения пациента с гиперпластическим ларингитом.

Материалы и методы. Сбор жалоб, анамнез заболевания, эндоскопия ЛОР-органов, эндовидеоларингоскопия и эндовидеоларингостробоскопия, исследование голосовой функции, фото- и видеоматериал из системы архивирования данных KARL STORZ AIDA с последующим изучением амбулаторной карты пациента БУЗОО «КМХЦ МЗОО» оториноларингологического отделения (фониатрический центр).

Клинический случай. Пациент К., 1958 г.р. обратился 11.03.2021 г. на прием к врачу-фониатру с жалобами на охриплость голоса, сухость в горле, боль в горле при глотании, скопление слизи в горле. Из анамнеза: считает себя больным длительно, лечился у врача-оториноларинголога по месту жительства, без положительного эффекта. С 12.2020 г. ухудшение самочувствия, явка с МСКТ гортани от 16.12.2020 г. (КТ признаки хронического гиперпластического ларингита). Является работником голосоречевой профессии, курит более 30 лет. При непрямой ларингоскопии: слизистая застойно-гиперемирована, утолщена, покрыта вязкой слизью, негладкая. Обе половины гортани равномерно подвижны. Голосовые складки розовые, утолщены, края неровные; в передней трети на левой голосовой складке образование, округлой формы, размерами до 5 мм в диаметре, которое полностью покрыто густой вязкой слизью. Голос охрипший. При эндовидеоларингостробоскопии фонаторные колебания отсутствуют на левой голосовой складке. Фонационное дыхание: вдох в грудь;

выдох со звуком "С" – 11 секунд. Индекс тяжести дисфонии (DSI) по данным акустического анализа голоса составил +1,1. Выставлен диагноз: Хронический гиперпластический ларингит, образование левой голосовой складки. Направлен на хирургическое лечение. 17.03.2021 г. в ЛОР-отделении ФГБУ ЗСМЦ ФМБА России выполнено удаление новообразования гортани с применением микрохирургической и лучевой техники. Результат биопсии от 25.03.2021 г. – пласт многослойного плоского эпителия с очаговым акантозом, минимальным объемом подлежащей стромы с наличием очаговой умеренной полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией. На приеме у врача-фоноатра 05.04.2021 г., жалобы на охриплость голоса, боль в горле при глотании слева, скопление слизи в горле. Курить бросил. С диагнозом: Хронический гиперпластический ларингит, состояние после оперативного лечения (17.03.2021 г. удаление образования левой голосовой складки), рецидив, повторно направлен к ЛОР-хирургу. 17.06.2021 г. был вызван на прием, у ЛОР-хирурга не был. При эндоскопии гортани: голосовые складки розовые, утолщены; в передней комиссуре, прилегая к левой ГС образование, с негладкой поверхностью, округлой формы, размерами до 5*7 мм в диаметре. Голос охриплый. Фонаторные колебания не определяются на обеих ИГС. 23.06.2021 г. в ЛОР-отделении ЗСМЦ ФМБА России проведено эндоларингеальное микрохирургическое удаление новообразования гортани. Гистология от 30.06.2021 г. – морфологическая картина плоскоклеточной ороговевающей карциномы. 05.07.2021 г. направлен к ЛОР-онкологу КОД. 09.07.2021 г. гистологическое исследование пересмотрено в КОД – морфологическая картина наиболее соответствует плоскоклеточной карциноме. 27.07.2021 г. – 06.09.2021 г. пациент получал ДЛТ (дистанционная лучевая терапия) по радикальной программе в БУЗОО КОД с диагнозом ЗНО гортани; St: II стадия T2N0M0. Клиническая группа: II. Пациент находился под наблюдением ЛОР-онколога. На прием к фоноатру пришел 21.10.2022 г. после проведенной в 08.2022 г. экстирпации гортани. С пациентом проводились фонопедические занятия по ЛДГ, артикуляционной гимнастике, формированию пищеводного голоса, оказывалась психологическая поддержка. С 01.2023 г. пользуется голосообразующим аппаратом LABEX. В настоящее время пациент социально адаптирован, трудностей при общении нет.

Выводы. Данный клинический случай служит наглядным примером важности результатов гистологического исследования в диагностике онкопатологии гортани и выбора правильной тактики ведения и лечения пациента с гиперпластическим ларингитом. Для достижения оптимального результата необходима совместная работа следующих специалистов: фоноатр, ЛОР-онколог и фонопед.

НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Архангельская И.И.^{1,3*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы»

*E-mail: arkhangeliskaya16@mail.ru

Введение. Нарушение дыхания во сне у детей способно значительно снизить качество жизни не только ребенка, но и его родителей. Самыми распространенными формами этих нарушений дыхания являются синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) и храп. Аллергический ринит (АР) является одним из наиболее важных факторов риска привычного храпа у детей, что увеличивает риск развития СОАС.

Цель исследования. Оценить по данным пульсоксиметрии индекс апноэ/гипопноэ у детей с сезонным АР и нарушением дыхания во сне.

Материалы и методы. На базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского в научно-исследовательском отделе оториноларингологических заболеваний детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы было обследовано 29 детей с нарушением сна и АР возрасте от 3 до 15 лет. Дети были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 17 детей с сезонным АР и аденотонзиллярной гипертрофией, во 2-ю группу – 12 детей только с сезонным АР.

В качестве диагностического исследования нарушения дыхания во сне использовался прибор Wrist Pulse Oximeter MD300W с детским пульсоксиметрическим датчиком (Германия). Параметры прибора отображались на дисплее в виде SPO2 (сатурация) и PR (частота пульса). Получаемые данные сохранялись в памяти пульсоксиметра автоматически. Применялась рефракционная (отражающая) технология регистрации сигнала во сне.

Комплекс обследования включал тщательный сбор жалоб и анамнеза заболевания; осмотр ЛОР органов (передняя, задняя риноскопия, фарингоскопия, отоскопия); эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки; лабораторные исследования – клинический анализ крови (эозинофилия), риноцитограмма и определение титра специфических антител класса IgE.

Результаты. Родители детей предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, ринорею, чихание, зуд в носу, храп и нарушение сна. Результаты комплексного обследования детей подтвердили наличие АР (определение титра специфических антител класса Ig E) у всех обследованных.

По индексу апноэ/гипопноэ дети 1-й группы распределились следующим образом: до 1 эпиз. / час – 2 пациента; от 1 до 5 эпиз. /час – 9; от 5 до 15 эпиз. / час – 2, >15 эпиз. /час – 1 больной. Во 2-ой группе все пациенты (n=12) имели до 1 эпиз./час. По результатам ночной компьютерной мониторинговой пульсоксиметрии в 1-ой группе выявлена легкая степень СОАС у 9 детей, средняя степень СОАС – у 2, тяжелая степень СОАС – у 1 ребенка; во 2-ой группе отмечался первичный храп. Детям с адено tonsиллярной гипертрофией было проведено хирургическое лечение.

Заключение. Детям с АР помимо аллергологического исследования рекомендуется скрининговая ночная компьютерная мониторинговая пульсоксиметрия для выбора эффективной тактики лечения.

ТУГОУХОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Ивойлов А.Ю.^{1,2}, Милешина Н.А.¹, Данилевская Н.С.¹, Симонова О.И.²,

Мещеряков К.Л.²

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

Введение. по данным ВОЗ муковисцидозом (МВ) страдают 70 000 человек, ежегодно выявляется примерно 1000 новых случаев заболевания. Благодаря улучшению методов лечения МВ повышается качество и увеличивается продолжительность жизни пациентов. При наличии тугоухости у пациентов с МВ стоит учитывать негативное влияние на слуховую функцию сопутствующих заболеваний и неблагоприятных последствий длительного антибактериального лечения МВ. Известно, что аминогликозиды (АГ) вызывают высокочастотную сенсоневральную тугоухость (>8кГц), повреждая наружные волосковые клетки в базальной области улитки. В дальнейшем тугоухость прогрессирует до низкочастотной, повреждаются наружные волосковые клетки в апикальной области улитки.

Цель исследования. Профилактика нарушения слуховой функции у детей с генетическими заболеваниями слизистой верхних дыхательных путей.

Материалы и методы. В течение 2024 г. нами проведено клинико-лабораторное обследование 14 детей (8 мальчиков, 6 девочек) с диагнозом: «муковисцидоз, смешанная форма, среднетяжелое течение» и 17 (7 мальчиков, 10 девочек) – с диагнозом: «врожденный порок развития бронхов: первичная цилиарная дискинезия (ЦД)». Были изучены анамнез, жалобы, данные ринофарингоскопии, отомикроскопии, проведена регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), тимпанометрия, тональная пороговая аудиометрия, КТ височных костей (по показаниям)

Результаты. Среди больных МВ нарушения слуха имели 3 детей (21,4% случаев): у 1 ребенка с мутацией Fdel508 в гомозиготном состоянии – сенсоневральная тугоухость 0-I степени, у 2 больных с мутацией 1677delTA/1677delTA и CFTRdele2,3/2184insA, соответственно – кондуктивная тугоухость I степени. Из особенностей у всех детей отсутствовали жалобы на снижение слуха и была зарегистрирована ЗВОАЭ. У 8 детей выявлен хронический полипозный риносинусит. На момент исследования терапию CFTR модуляторами получали 10 пациентов с Fdel508 мутацией: 6 детей имели мутацию Fdel508 в гетерозиготном состоянии, 4 детей – в гомозиготном состоянии. 7 из них продолжили терапию АГ парентерально и/или ингаляционно, 3 пациента в связи отсутствием обострений получали только таргетную терапию. 4 пациента таргетную терапию не получали и имели следующие мутации: CFTRdele2,3/2184insA – 1, 1677delTA/1677delTA – 2 и с.3846G>A (p.W1282X)/с.3846G>A (p.W1282X) – 1 больной.

При аналогичном обследовании больных с ЦД у 5 детей был выявлен хронический полипозный риносинусит, кондуктивная тугоухость 0-I степени – у 1 ребенка, кондуктивная тугоухость I степени – у 5, обусловленная у 4 больных экссудативным средним отитом (ЭСО), у 2 – хроническим средним отитом (данные генетического в настоящее время обрабатываются).

Выводы. Развитие сенсоневральной тугоухости при МВ зависит от генотипа, наиболее вероятно при мутации F508del в гомозиготном состоянии, а развитие кондуктивной тугоухости, обусловленной средним отитом, наблюдается преимущественно у пациентов с мутацией CFTRdele2,3/2184insA. Однако требуется статистическая обработка большего числа наблюдений.

Больные с ЦД имеют высокий риск развития патологии среднего уха, преимущественно ЭСО с рецидивирующим течением.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАФАРИНГИТА И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ

Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Полунин М.М.³, Яновский В.В.^{1,2,3}, Мачулин А.И.^{1,2*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы»

³ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: machoalex@mail.ru

Введение. Диагностика и лечение абсцессов глубоких клетчаточных пространств шеи у детей сохраняет свою актуальность из-за возможности возникновения жизнеугрожающих осложнений, таких как сепсис, медиастинит, тромбоз внутренней яремной вены, некроз стенки внутренней сонной артерии и обструкция верхних дыхательных путей. Ранняя постановка диагноза крайне сложна и требует проведения дополнительных методов исследования. Остаются актуальными вопросы выбора диагностических критериев для определения тактики хирургического и медикаментозного лечения в зависимости от стадии формирования абсцесса и его локализации.

Цель исследования. Определить эффективность диагностики и лечения парафарингита и парафарингеального абсцесса у детей.

Материалы и методы. За 2022-2024 годы произведено обследование и лечение 133 детей обоих полов в возрасте от 6 месяцев до 16 лет с воспалительными явлениями в парафарингеальном пространстве шеи. Исследование выполнено на базе НИКИО им. Л.И. Свержевского в ЛОР отделение ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского.

Всем детям проведено: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, клинические методы исследования, КТ органов шеи с контрастным усилением, вскрытие парафарингеального абсцесса (при необходимости) с последующим отбором проб для проведения бактериологических и микологических исследований.

Результаты. При поступлении в стационар все пациенты предъявляли жалобы на повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение аппетита, ограничение поворотов головы и разгибание шеи. Боль в горле при глотании диагностирована у 91 пациента (68,4%). Из анамнеза, у 128 (96,2%) пациентов начало заболевания родители связывали с перенесенным ранее ОРВИ, у 3 (2,3%) – со скарлатины и у 2 (1,5%) детей – с инфекционным мононуклеозом. При проведении фарингоскопии, асимметрия за счет отека в

области стенок глотки установлена у 128 (96,2%) детей. Увеличение регионарных лимфатических узлов с резкой болезненностью при пальпации на стороне поражения выявлена у всех пациентов.

Для постановки диагноза и выбора тактики лечения всем детям с подозрением на парафарингит и парафарингеальный абсцесс выполнена КТ – органов шеи с контрастным усилением. На основании данного исследования, у 28 (21,1%) детей в парафарингеальной области отмечалось низкая интенсивность накопления контраста, размытость контуров и отсутствие капсулы, данным пациентам установлен диагноз парафарингит. Диагноз парафарингеальный абсцесс установлен у 105 (78,9%) детей. Из 105 детей с парафарингеальным абсцессом, односторонняя локализация абсцесса установлена у 104 (99%), двусторонняя – у 1 (1%) ребенка. У пациентов с парафарингитом (28 детей) во всех случаях выявлена односторонняя локализация воспаления.

Для проведения эмпирической антимикробной терапии всем детям с парафарингитами и парафарингеальными абсцессами назначался антибиотик цефалоспоринового ряда III или IV поколения (курс терапии 7-10 дней) в сочетании с антибактериальными препаратами из группы линкозамидов (курс терапии 7 дней) в возрастной дозировке.

Тактика лечения пациентов с парафарингеальным абсцессом включала проведение хирургического метода лечения, который выполнялся под общей анестезией - эндофарингеального вскрытия (дренирование) парафарингеального абсцесса с последующими ревизиями на стороне поражения. Всем пациентам интраоперационно проводился забором патологического отделяемого (гноя) для дальнейшего проведения микробиологического исследования.

Эффективность терапии была отмечена во всех случаях.

Выводы. Проведение КТ органов шеи с контрастным усилением позволяет определить локализацию и характер воспаления в парафарингеальном пространстве шеи, а также выбрать наиболее оптимальную тактику лечения.

Применение хирургической тактики лечения парафарингеального абсцесса у детей способствует быстрому купированию воспаления и снижает риск возникновения жизни угрожающих осложнений.

Выбор эмпирической терапии препаратами цефалоспоринового ряда III-IV поколения в сочетании с антибиотиками из группы линкозамидов является высокоэффективной и оправданной при лечении парафарингита и парафарингеального абсцесса у детей.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СО СТОЙКОЙ ТУБАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА БАЛЛОННОЙ ДИЛЯТАЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Яновский В.В.^{1,2,3}

¹ ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы»

³ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

E-mail: lor-vrach@inbox.ru

Введение. Несмотря на развитие современной медицины, нарушение функционирования слуховой трубы остаётся актуальной проблемой детской оториноларингологии. Дисфункцией слуховой трубы (ДСТ) той или иной формы страдают около 40% детей в возрасте до 10 лет, а рецидивы связанных с этой патологией заболеваний, таких как экссудативный средний отит (ЭСО), катаральный и гнойный средний отит и др. имеют стабильно высокий процент, в связи с чем поиск новых методов лечения пациентов с данной патологией является актуальной задачей.

Цель исследования. Исследование эффективности применения баллонной тубопластики (БТ) в реабилитации детей со стойкой ДСТ.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 55 детей с наличием стойкой ДСТ.

У 43 из них диагностирован ЭСО на фоне стойкой ДСТ. Всем этим детям в различных стационарах ранее выполняли шунтирование барабанных полостей по поводу ЭСО с одномоментной или последующей аденотомией, а также проводили амбулаторный курс консервативного лечения ДСТ без значимой положительной динамики. После удаления, а в ряде случаев экструзии шунтов, происходило рецидивирование заболевания. При обследовании детей патологии со стороны носоглотки не выявлено. При проведении тимпанометрии регистрировался тип «В» тимпанограммы по Jerger с обеих сторон. По данным тональной пороговой аудиометрии (ТПА) 25 больных (18 детям в силу возраста ТПА не проводилась) отмечено повышение порогов воздушного звукопроведения до 55 дБ. Всем 43 детям в условиях общего обезболивания мы выполнили повторное шунтирование барабанных полостей с одномоментной БТ.

12 из 55 детей старшего школьного возраста имели в анамнезе жалобы на возникающую заложенность ушей в течение более 2 лет и частые катаральные средние отиты. Патологии со стороны носоглотки также не выявлено, при проведении тимпанометрии в

течение всего периода наблюдения (более 1 года) регистрировался тип «С» тимпанограммы с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 daPa. При проведении ТПА определялось повышение порогов воздушного звукопроводения до 35 дБ. Проба Тойнби – отрицательная, Вальсальвы – положительная у всех пациентов. Амбулаторное консервативное лечение ДСТ – без значимой положительной динамики. В условиях общего обезболивания этим детям была выполнена БТ с двух сторон.

Результаты. После проведения шунтирования барабанных полостей 43 пациентам с ЭСО транстимпанально вводили лекарственные препараты, обладающие антибактериальным и муколитическим действием. Отмечено, что при транстимпанальном нагнетании лекарственного вещества (до проникновения препарата в носоглотку), после операции в наружном слуховом проходе требовалось создать значительно меньшее давление, чем до оперативного вмешательства. В настоящее время у 19 детей произошла экструзия шунтов, жалоб нет, при проведении акустической импедансометрии регистрируется тип «А» тимпанограммы с обеих сторон, акустические рефлексы присутствуют на всех частотах. По данным ТПА слух в пределах возрастной нормы. Остальные 24 ребенка наблюдаются в нашей клинике по настоящее время.

У 12 детей со стойкой ДСТ, предъявлявших жалобы на заложенность ушей, на 14-20 сутки отмечена положительная динамика в виде отсутствия заложенности ушей и субъективной нормализации слуха. При проведении ТПА - слух в норме, на тимпанограмме у 6 детей отмечен тип «А» с двух сторон, у 6 - тип «А» с одной стороны, тип «С» с другой, но с меньшим отклонением в сторону отрицательного давления (до 100) по сравнению с данными исследования до вмешательства. Простые качественные пробы положительные.

Выводы. БТ является эффективным методом реабилитации детей со стойкой ДСТ и связанных с ней заболеваний и может быть рекомендована к дальнейшему использованию.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРНОГО БИОДЕГРАДИРУЕМОГО ГИДРОГЕЛЯ ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ

Исаченко В.С.^{1,2}, Цыдыпова Д.А.^{1*}

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

*E-mail: d.cydyпова@niilor.ru

Введение. В настоящее время по данным ВОЗ распространенность ХГСО в России колеблется от 2,6 до 39,2 случаев на 1000 взрослого населения. Основной целью

тимпанопластики у пациентов с хроническим гнойным средним отитом является успешное устранение длительно существующего дефекта барабанной перепонки и улучшение слуха. Однако процент рецидивов перфораций барабанной перепонки и неудовлетворительных функциональных результатов остается высоким. Проблема лечения больных хроническим гнойным средним отитом имеет актуальное значение для отохирургов.

Несмотря на существующую основную концепцию лечения и значимые достижения в современной отомикрохирургии отмечено, что существует необходимость исследовать различные материалы для быстрого и более эффективного приживления тканей барабанной перепонки.

Одной из причин неудовлетворительного функционального результата тимпанопластики является неэффективная тампонада оперированного уха, поскольку, вследствие недостаточной эвакуации раневого содержимого, существует вероятность формирования благоприятных условий для развития вторичного воспаления в зоне хирургической раны. Также наблюдается «присыхание» и «врастание» используемых материалов в окружающие ткани, что является дополнительным отрицательным фактором для заживления меатотимпанального лоскута и тканей наружного слухового прохода.

Цель исследования. Повышение эффективности приживления тканей при пластике барабанной перепонки у больных с хроническим гнойным средним отитом с применением биodeградируемого гидрогеля.

Задачи исследования. Произвести метаанализ литературных источников по методам пластики дефекта барабанной перепонки, вариантам перемещения лоскута кожи наружного слухового прохода (НСП), видов и длительности тампонад НСП и применение местных лекарственных препаратов.

Материалы и методы. В процессе изучения патологического процесса при хроническом гнойном среднем отите и методов его более эффективного хирургического лечения были проанализированы результаты проведенных тимпанопластик. Среди значительного количества хирургических доступов и вариантов пластик барабанной перепонки можно принципиально выделить: заушный и эндоуральный доступы; и преимущественно используемые виды пластик дефектов барабанной перепонки: underlay и overlay. В случае отсутствия слуховых косточек новая неотимпанальная мембрана может опираться на имплант слуховых косточек. Дефект возможно заместить различными ауто или аллотрансплантатами с последующей фиксацией кожей наружного слухового прохода. Применяется длительная протекторная тампонада на неотимпанальную мембрану и стенки костной части наружного слухового прохода минимум четырнадцать суток.

Отобран наглядный клинический пример, с помощью которого возможно проследить этапы оперативного вмешательства при устранении хронической перфорации барабанной перепонки. Проводилось отоскопическое исследование на нескольких этапах наблюдения за пациентом, а также определение слуховой функции в послеоперационном периоде.

Результаты. Нами выявлен ряд ключевых факторов успешного выполнения тимпаноластики: гарантирование успешного замещения дефекта среднего слоя тканью, имеющую схожую структуру с фиброзным слоем, формирование условий для успешной васкуляризации кожных лоскутов или свободных кожных трансплантатов и поддержание в области неотимпанальной мембраны стерильных условий. Данное наблюдение подтверждается на клиническом примере, что при наличии таких условий происходит формирование правильно структурированной рубцовой ткани и обеспечивается адекватное питание лоскутов, что повышает эффективность приживления неотимпанальной мембраны. В послеоперационном периоде у пациента наблюдается состоятельная неотимпанальная мембрана, и значительная прибавка слуха.

Выводы. Гидрогель представляет собой антисептический биodeградируемый гидрогель, который при применении на завершающем этапе тимпаноластики обеспечивает противовоспалительный, детоксицирующий, ранозаживляющий, гемостатический, дезодорирующие свойства. Применение гидрогеля, с высокой долей вероятности, по нашим наблюдениям, позволяет повысить эффективность приживления тканей барабанной перепонки и не дать хроническому среднему отиту рецидивировать.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА СТЕКЛОПЛАСТИКОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Карабоева З.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан

E-mail: KarabaevaZ@mail.ru

Введение. Профессиональный аллергический ринит – это воспаление слизистой оболочки носа, проявляющееся периодическими или постоянными симптомами, такими как заложенность, чихание, насморк, зуд, а также изменениями в носовом дыхании или увеличенной секрецией, которые возникают при контакте с аллергенами на рабочем месте.

Цель исследования. Уменьшить клинические симптомы профессионального хронического аллергического ринита у сотрудников, работающих с стеклопластиковыми конструкциями.

Материалы и методы. На базе ЛОР-отделения Самаркандской областной многопрофильной больницы, где располагается 2-я кафедра оториноларингологии Самаркандского государственного медицинского университета, нами проводилось открытое сравнительное исследование эффективности минерально-растительного средства «DOLPHIN» в терапии профессионального хронического аллергического ринита. Было обследовано 138 пациентов мужчин в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст $41,4 \pm 8,2$ г.), работавших в цеху стеклопластиковых конструкций. Хронический аллергический ринит был диагностирован нами на амбулаторном приеме с аллергологами. Обследование пациентов проводилось на 1-й (визит 1), 10-й (визит 2) и 30-й (визит 3) дни после начала применения «DOLPHIN». В ходе каждого визита собирались жалобы и проводилось оценка по шкале от 0 до 3. Также выполнялся объективный осмотр, измерялась температура, и проводилась риноскопия. Оценка состояния слизистой проводилась по следующим критериям: 1) цвет слизистой (гиперемия – 1, розовый – 0, бледный – 1, синюшный – 2); 2) отек слизистой (нет – 0, до $\frac{1}{2}$ просвета – 1, более $\frac{1}{2}$ просвета – 2); 3) характер секрета (гнойный – 2, прозрачный – 1, отсутствует – 0); 4) количество секрета нет/скудный – 0, умеренный – 1, обильный – 2). Анализ результатов риноцитограмм проводился врачом с использованием бальной системы: 1) эозинофилы: отсутствуют – 0; до 5% – 1; более 5% – 2 балла; слизь: отсутствует/+-0; ++-+++ – 1; более ++++ – 2 балла; 3) бактерии: отсутствуют/единичные – 0; более 2 в поле зрения – 1 балл. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. В первую очередь, была проведена динамическая оценка жалоб пациентов. Зафиксировано снижение интенсивности жалоб со стороны носа (зуд, заложенность, выделения, чихание) на 28,5% на визите 2 по сравнению с визитом 1 ($p < 0,05$) и на 65,2% на визите 3 по сравнению с визитом 1 ($p < 0,05$). Выраженность жалоб со стороны глаз (зуд, выделения) уменьшилась на 33,4% на визите 2 по сравнению с визитом 1 ($p > 0,05$) и на 67,4% на визите 3 по сравнению с визитом 1 ($p < 0,05$). При риноскопии отмечено снижение выраженности признаков аллергического ринита; на визите 2 наблюдалось уменьшение бледности и синюшности слизистой, а также снижение отека и выделений в носовой полости на 8,3% ($p > 0,05$), а на визите 3 это снижение составило 59,5% по сравнению с визитом 1 ($p < 0,05$). Анализ риноцитограмм показал достоверное ($p < 0,05$) сокращение признаков аллергического ринита на 38,8% на визите 3 по сравнению с показателями полученными до начала исследования.

Выводы. По результатам исследования зафиксировано значительное снижение жалоб на состояние носовой полости на 65,2% и на органы зрения на 67,4%. Риноскопия показала достоверное уменьшение симптомов аллергического ринита на 59,5%, риноцитограммы на

38,8% по истечению 30 дней использования минерально-растительного средства «DOLPHIN». Таким образом «DOLPHIN» рекомендуется в качестве элиминационной терапии для работников стеклопластиковых конструкций, страдающих аллергическим ринитом.

СТРУКТУРА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ СЛУХОВЫМИ АППАРАТАМИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Карташова К.И.^{1*}, Абдулкеримов Х.Т.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

² ГАУЗ СО "Городская клиническая больница №40", г. Екатеринбург

*E-mail: kartashovaki@mail.ru

Одна из актуальных социальных проблем в России – рост количества людей с нарушениями слуха. Снижение слуха вызывает ухудшение качества жизни пациентов, нарушает нормальное психоэмоциональное состояние и ведет к недостатку получаемой пациентом информации. Количество людей с нарушениями слуха будет прогрессивно увеличиваться, вследствие возрастания в популяции доли пожилых людей.

В России от 0,65 до 2% людей страдают от проблем со слухом, связанных с социальной дезадаптацией. По прогнозам ООН, к 2050 году 22% населения Земли будет старше пенсионного возраста. Поэтому рациональная организация лечебно-профилактической помощи для пожилых людей с нарушениями слуха становится крайне актуальной и важной задачей.

Свердловская область является крупнейшим регионом Урала, численность населения области по данным Росстата составляет 4 222 965 чел. (2024). Плотность населения – 21,74 чел./км² (2024), что почти втрое выше среднего по РФ (8,53). Городское население – 86,64% (2022).

Сурдологическая помощь в регионе предоставляется в двух центрах: областном детском сурдологическом центре при многопрофильном клиническом медицинском центре «Бонум», обслуживающем детское население, и городском сурдологическом центре при МАУ ГКБ №14, который принимает пациентов как детского, так и взрослого возраста, проживающих в городе Екатеринбурге. Кроме того, на территории области расположены три сурдологических кабинета. В общей сложности в Свердловской области работают 32 врача-сурдолога.

С 2013 года при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области активно идет изучение и мониторинг состояния сурдологической службы области, помимо этого с 2006 г. работает программа «Об организации в Свердловской области обеспечения отдельных категорий граждан слуховыми аппаратами», согласно постановлению правительства Свердловской области категории граждан входящих в программу, это: труженики тыла, лица награжденные орденами и медалями за самоотверженный труд в период ВОВ, пенсионеры по возрасту, имеющие регистрацию на территории Свердловской области). По результатам работы данной программы в 2020, 2021, 2022, 2023 годах нуждающимся в слухопротезировании пациентам было выдано 1227 цифровых слуховых аппаратов, из данного количества 1005 слуховых аппаратов – заушных цифровых средней мощности и 222 слуховых аппарата заушных цифровых мощных.

Если анализировать структуру снижения слуха и возрастные особенности пациентов, которым было произведено слухопротезирование, то лиц с 3 степенью тугоухости было 232 человека, 2-3 степень снижения слуха имели 995 пациентов. 765 обследованных предъявляли жалобы на тиннитус различного уровня. По представленным данным видно, что значительное количество пациентов нуждается не только в слухопротезировании, но и в регулярном медицинском наблюдении. Поддержание социально адаптированного уровня слуха у этой категории людей – одна из основных задач врачей сурдологов. Стоит обратить внимание, что среди наблюдаемых пациентов не было больных с четвертой степенью сенсоневральной тугоухости, поскольку они получают слуховые аппараты и все необходимые средства технической реабилитации за счёт средств Фонда социального страхования.

Перспективными путями развития сурдологической службы Свердловской области являются обучение оториноларингологов по специальности «сурдология» через проведение профессиональной переподготовки, обновление аудиологического и вестибулометрического оборудования, открытие новых сурдологических кабинетов в отдалённых районах области и продолжение работы программы бесплатного слухопротезирования для определённых категорий граждан за счёт бюджета Свердловской области.

В будущем возможно расширение финансирования этой программы в соответствии с возрастающим количеством нуждающихся в слухопротезировании пациентов.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кахрамонова И.И.¹, Маматова Ш. Р.^{2*}

¹ Международного Университета Кимё, г.Ташкент, Узбекистан

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии и детской стоматологии, г.Ташкент, Узбекистан

*E-mail: Lormshr88@gmail.com

Исследование включало ультразвуковую диагностику при признаках риносинусита у детей. Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ. Были обследованы 30 пациентов с риносинуситом. Проанализировав результаты исследования, пришли к выводу, что ультразвуковое исследование при риносинуситах является надежным и информативным методом диагностики данного заболевания.

Введение. Риносинуситы являются одним из актуальных заболеваний ЛОР-органов у детей. При этом данное заболевание никогда не является начальным звеном в цепи патологических изменений и, в основном, развивается вследствие ОРВИ. В подавляющем большинстве случаев чаще всего при ОРВИ поражаются околоносовые пазухи – возникает отек и застой секрета слизистой оболочки. Эпидемиологическая статистика, приведенная в источнике EPOS 2012, утверждает, что распространенность острого риносинусита (ОРС) находится в пределах 6–15% в разных точках мира. У детей младше 4-5 лет ежегодно регистрируется 2 случая на 1000 человек детского населения, так же в возрасте 12-17 лет – 18 случаев. В Москве на долю ОРС приходится около 27–30% всех случаев патологии верхних отделов дыхательных путей у детей.

ОРС болеют чаще дети, чем взрослые, и у детей он сопровождается различными осложнениями. По данным М.Р. Богомилевского (2001), у детей до 3-х лет он наблюдается в 94,7% случаев, но, при этом, у 10–22% детей осложнения протекают в форме гнойно-септических орбитальных процессов, а у 2,1% – в форме внутричерепных патологий. Согласно исследованием В.Ф. Учайкина (2003), у 43,2% детей ОРС сопровождается острой пневмонией, а у 20,3% детей диагностируется хроническая пневмония.

Цель исследования. Изучить признаки синуситов у детей ультразвуковым методом.

Материалы и методы. Исследования проводилось на базе клиники Ташкентского педиатрического мединститута. В исследовании детей с риносинуситами у детей раннего возраста двухмерное УЗИ используется в большинстве современных ультразвуковых аппаратов. В ультразвуковых аппаратах, осуществляющих В-сканирование, датчик состоит из нескольких последовательно расположенных пьезоэлементов, каждый из которых излучает

ультразвуковой сигнал и воспроизводит изображение на экране в виде точки. Каждая точка расположена на экране на нужном расстоянии, которое соответствует расстоянию до зоны отражения. В результате из отдельных точек складывается общее изображение объекта. Яркость точек зависит от амплитуды отраженного сигнала.

Результаты. В результате исследования у 30 детей раннего возраста выявили в 12% случаев – пансинусит (3 больных), в 20% – гемисинусит (5 больных), в 20% – гайморэтноидит (5 больных) и в 48% – этмоидит (12 больных).

Выводы. При проведении ультразвукового исследования было выявлено, что у детей чаще поражается этмоидальная пазуха; важным фактором является то, что гной, протекая по задней стенке глотки, дает бронхолегочные осложнения. Нужно отметить, что ультразвуковое исследование при риносинуситах является надежным и информативным методом диагностики.

ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧНОГО ГОРТАННО-ТРАХЕАЛЬНОГО ПРОСВЕТА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Кирасирова Е.А.^{1,2}, Трусов В.А.^{2*}, Мамедов Р.Ф.¹, Лафуткина Н.В.¹, Пиминиди О.К.¹,
Тютин С.И.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: dr.trusov@mail.ru

Введение. Хронический рубцовый стеноз гортани и трахеи (ХРСГТ) характеризуется разрастанием грубоволокнистой соединительной ткани, что приводит к сужению просвета дыхательных путей. Ведущей причиной формирования рубцового стеноза является травматизация слизистой оболочки гортани раздувной манжетой эндотрахеальной трубки во время продолжительной интубации. Нередко ХРСГТ возникает вследствие тупой травмы передней поверхности шеи, осложнения перенесённой лучевой терапии, а также – при системных и специфических заболеваниях. В зависимости от протяжённости стеноза применяются как малоинвазивные, так и реконструктивно-пластические операции, выполняемые наружным доступом. Сложность и длительность лечения этой патологии связана со склонностью к рецидивам рубцового процесса. Этот фактор обуславливает

необходимость использования стентов различных конфигураций в послеоперационном периоде для формирования стойкого физиологичного ларинготрахеального просвета, однако, на сегодняшний день отсутствуют стенты для протезирования гортанно-трахеального просвета, которые могли бы в полной мере удовлетворять потребности оториноларингологов.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с ХРСГТ с применением разработанного силиконового стента для дилатации ларинготрахеального просвета в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В течение 2022-2024 гг. мы провели хирургическое лечение ХРСГТ 50 пациентов: 25 мужчин и 25 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Первичная ларинготрахеопластика проводилась 32 пациентам, 18 пациентам проводилось повторное хирургическое лечение – этапная ларинготрахеопластика. С изолированным стенозом складкового или подскладкового отделов гортани было 8 пациентов, со стенозом шейного отдела трахеи – 14, с сочетанным ларинготрахеальным стенозом – 28 больных. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, эндоскопическое исследование, компьютерная томография гортани и трахеи. В послеоперационном периоде мы использовали стандартную Т-образную трахеостомическую трубку и разработанный нами силиконовым стент. Эффективность стентирования оценивалась при помощи контрольного эндоскопического исследования. Срок наблюдения пациентов после стентирования составлял от 6 до 18 месяцев.

Результаты. Мы разработали новый силиконовый стент, принимая во внимание недостатки существующих прототипов. Прототипирование стента проводилось с использованием 3Д-технологий, учитывая анатомические особенности гортани. Новые силиконовые стенты изготавливали в виде трех форм-факторов (для вестибулярного, голосового и подскладкового отделов гортани) из медицинского цельнолитого силикона с мягкоэластичной структурой, твёрдостью 10 по Шору 00. Стенты фиксировали в верхнем вертикальном отведении Т-образной трахеостомической трубки, придавая им округлую форму, что позволяло минимизировать травматизацию слизистой оболочки гортани и уменьшить частоту послеоперационных осложнений. Благодаря простоте конструкции пациенты могли без участия врача осуществлять уход за трахеостомической трубкой с установленным силиконовым стентом.

Из 50 пациентов, лечение которых проводилось с использованием разработанных силиконовых стентов, полностью реабилитировано 36 пациентов, 6 пациентов готовятся к следующему этапу хирургического лечения в связи с обширным первичным гортанно-трахеальным дефектом, 8 – к заключительному этапу лечения – пластике кожно-трахеального дефекта.

Выводы. Применение силиконовых стентов позволяет повысить эффективность хирургического лечения пациентов с ХРСГТ за счет применения дифференцированного подхода в зависимости от уровня и протяженности ларинготрахеального стеноза. Использование стента позволяет добиться формирования стойкого физиологичного просвета дыхательных путей у пациентов, которым проводилась как первичная ларингопластика, так и у пациентов, ранее перенёсших многократные хирургические вмешательства вследствие рецидивирующего рестенозирования просвета гортани и трахеи. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования разработанных силиконовых стентов за счёт сокращения количества этапов оперативных вмешательств, послеоперационных осложнений и продолжительности канюленосительства.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

Кирасирова Е.А.^{1,2}, Тютин С.И.^{1*}, Трусов В.А.², Шульга О.В.²

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: ana.tyutina@mail.ru

Введение. Хронический рубцовый стеноз гортани и шейного отдела трахеи (ХРСГТ) с облитерацией просвета является одним из наиболее тяжелых осложнений, возникающих в результате продленной оро- или назотрахеальной интубации, трахеостомии, травмы шеи с повреждением опорного скелета и мягких тканей гортани и трахеи. При выполнении реконструктивно-восстановительных операций по поводу ХРСГТ зачастую возникает необходимость в использовании пластического материала для закрытия крупных дефектов стенок или замены функционально несостоятельных частей гортани и шейного отдела трахеи, подвергшихся лизису.

Цель исследования. Анализ использования различных имплантационных материалов при лечении больных сочетанным протяженным ХРСГТ.

Материалы и методы. Изучены свойства имплантационных материалов на основе реберного аллохряща, твердой мозговой оболочки и деминерализованной костной ткани и

синтетический материал на основе политетрафторэтилена. Под наблюдением отдела реконструктивной хирургии полых органов шеи НИКИО им. Л.И.Свержевского за период с 2020 по 2024 гг. находились 94 пациента с ХРСГТ, которым проводилась реконструктивно-пластическая операция: 35 (37%) – с использованием реберного аллохрящевого имплантата, 26 (28%) – с использованием деминерализованной костной ткани, 23 (24%) – с использованием твердой мозговой оболочки, 10 (11%) – с использованием политетрафторэтилена. Время послеоперационного наблюдения составило от 1 до 12 месяцев. Результаты исследования были подтверждены микробиологическими и гистологическими данными, фотографией послеоперационной области в различные промежутки времени от 1 до 12 месяцев, эндоскопическим исследованием и КТ в период послеоперационного наблюдения, гистологическим исследованием фрагмента имплантационного материала с окружающими тканями при последующих этапах оперативного лечения.

Результаты. При использовании аллохрящевых имплантационных материалов в виде реберного аллохряща у всех пациентов получены хорошие функциональные результаты в виде полного приживления и адекватного выполнения опорной функции в области переднебоковых стенок гортани и трахеи.

При использовании деминерализованной костной ткани у 23 пациентов из 26 не наблюдалось признаков отторжения имплантационного материала, гнойного отделяемого и расхождения швов. У 2 пациентов отмечались грануляционные разрастания по краю трахеостомического отверстия. После туширования и назначения местной консервативной терапии согласно результатам посева отделяемого из трахеостомы – рецидива не наблюдалось.

При использовании твердой мозговой оболочки у всех пациентов получен хороший функциональный результат в виде полного приживления имплантационного материала на основе твердой мозговой оболочки.

Использование политетрафторэтилена привело к неудовлетворительным результатам у всех 10 пациентов в виде: персистирования хронической воспалительной реакции, массивного фиброза окружающих тканей с образованием полости с жидкостным содержимым мутного цвета. Наблюдалась миграция имплантационного материала с постепенным его отторжением. После удаления имплантационного материала произошло успешное заживление и фиброзирование переднебоковых стенок гортани и трахеи с эпителизацией раневой поверхности, выполняющих опорную функцию и функцию поддержания адекватного просвета дыхательных путей. В дальнейшем пациентам проводилось оперативное лечение с использованием аллоимплантационных материалов.

На основании результатов проведенных нами исследований был разработан алгоритм реконструктивно-пластического оперативного лечения пациентов с сочетанным протяженным рубцовым стенозом гортани и трахеи.

Выводы. Аллоимплантационные материалы на основе реберного аллохряща, деминерализованной костной ткани и твердой мозговой оболочки доказали свою эффективность и необходимость использования в реконструктивно-пластической хирургии сочетанного протяженного ХРСГТ с целью повышения эффективности хирургического лечения пациентов с обширным ларинготрахеальным стенозом, сокращения этапов операции и сроков хирургического лечения, ранней реабилитации пациентов и улучшения качества их жизни. Использование синтетических имплантационных материалов перспективно, но требует дальнейшего продолжения исследований.

РОЛЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОТИВОФИБРОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

**Кирасирова Е.А.^{1,2}, Шульга О.В.^{2*}, Мамедов Р.Ф.¹, Лафуткина Н.В.¹, Резаков Р.А.¹,
Пиминиди О.К.¹, Трусов В.А.²**

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: olya.shulga.97@bk.ru

Введение. Несмотря на появление новых методов лечения, систему профилактики стеноза дыхательных путей у пациентов ОРИТ и развитие фармакологической терапии, заболеваемость хроническим рубцовым стенозом гортани и трахеи (ХРСГТ) остается высокой и лечение пациентов имеет ряд трудностей. Основным лечением данной патологии является хирургическое вмешательство, малоинвазивное или открытым доступом, нередко требующее многоэтапного подхода. Однако функциональная несостоятельность гортанно-трахеального комплекса, отсутствие дыхания через естественные дыхательные пути, нарушение мукоцилиарного клиренса, хронический воспалительный процесс вследствие наличия инородного тела в трахее (трахеостомической трубки), изменение микрофлоры гортани и трахеи – все это затрудняет ведение пациентов в послеоперационном периоде и повышает риск рестенозирования.

Таким образом, актуальным является выбор консервативной терапии (стандартной противовоспалительной и этиопатогенетической) с целью сокращения сроков лечения этого контингента больных и предотвращения развития осложнений.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с ХРСГТ посредством выбора противорубцовой консервативной терапии.

Материалы и методы. В отделе реконструктивной хирургии полых органов шеи НИКИО им. Л.И. Свержевского за период с 2022 по 2024 гг. пролечено 46 пациентов с ХРСГТ в возрасте от 18 до 68 лет. Основными причинами стеноза у 36 пациентов (75%) являлась пролонгированная интубация трахеи, у 10 (25%) - травма гортани и трахеи, механическая или термоингаляционная. Пациентам на догоспитальном этапе проводились общеклиническое обследование, МСКТ гортани и трахеи, эндоскопическое исследование гортани и трахеи с видеодокументированием. Пациентам 1 группы (n=23) в послеоперационном периоде проводились местные инъекции 1 мл Триамцинолона 40 мг/мл (Кеналог) в зону избыточного рубцевания, пациентам 2 группы (n=23) проводилась системная противорубцовая терапия - внутримышечное введение препарата «Лонгидаза 3000 МЕ» с интервалом между инъекциями от 3 до 10 дней.

Результаты. Результаты исследования показали свою высокую эффективность в 1 и 2 группах, однако мы смогли выделить ряд преимуществ и недостатков. Местные инъекции глюкокортикостероидного препарата Кеналог снижают риск системных осложнений, эффективно подавляют воспалительный процесс и образование грануляций. Также формирование депо препарата в зоне введения позволяет проводить инъекции с периодичностью 1 раз в 4 недели. Основным недостатком данной методики является ее недоступность для пациентов без трахеостомы. Препарат «Лонгидаза 3000 МЕ» также обладает пролонгированным действием - интервал между инъекциями от 3 до 10 дней. Внутримышечное введение препарата возможно с первых дней после хирургического лечения, в том числе - для пациентов без трахеостомы. В двух группах не зарегистрировано случаев развития аллергических реакции на препараты, а также других побочных реакций. В ходе исследования нами создана схема противорубцовой терапии как в раннем, так и в отдаленном и позднем послеоперационных периодах.

Выводы. Индивидуальный подход к выбору консервативных методов лечения в зависимости от этапа лечебного процесса и фазы заживления послеоперационной раны играет важную роль в терапии ХРСГТ с целью уменьшения воспаления, предотвращения избыточного рубцевания и рестенозирования просвета дыхательных путей. Разработка новых схем лечения позволит сократить сроки реабилитации, количество этапов хирургического лечения и период канюленосительства.

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С УСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Клименко К.Э., Хвостикова Н.А.*, Русецкий Ю.Ю.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

*E-mail: lor.sazna@gmail.com

Введение. Хронический синусит представляет собой воспалительное заболевание околоносовых пазух, которое нередко связано, наряду с нарушением проходимости соустьев околоносовых пазух, с одонтогенными причинами. Особенно это касается устойчивых форм синусита, у которых одонтогенные изменения зачастую остаются не выявленными. Компьютерная томография околоносовых пазух является основным методом диагностики хронических синуситов и позволяет с высокой степенью точности выявить воспалительные процессы зубочелюстной системы.

Цель исследования. Оценить роль патологий верхней челюсти у пациентов с хроническим синуситом на основании литературных данных.

Материалы и методы. Произведен систематический поиск литературы в базах данных PubMed, Google Scholar и Scopus, по ключевым словам, "odontogenic sinusitis", "chronic sinusitis and dental causes", "cone beam computed tomography sinusitis", "undiagnosed odontogenic causes". В анализ включены исследования, опубликованные за последние 10 лет, рассматривающие случаи хронического синусита, вызванными в том числе одонтогенными причинами. В общей сложности было отобрано и проанализировано 15 исследований, включающих данные более чем 2000 пациентов. Среди патологических изменений в зубочелюстной системе, оказывающих влияние на верхнечелюстную пазуху, были описаны апикальный периодонтит, одонтогенные кисты и ороантальные фистулы.

Результаты. Анализ данных показал, что доля одонтогенных причин при различных формах хронического риносинусита варьируется от 10% до 25% в зависимости от методологии и диагностических подходов, использованных в клинических исследованиях. В частности, исследования с применением КТ показали более высокую выявляемость одонтогенных причин, по сравнению с традиционными методами рентгенологической диагностики, где выявляемость составляла около 15%. Чаще всего из одонтогенных причин были обнаружены периапикальные поражения – от 10% до 30% в зависимости от исследуемой группы. У пациентов с хроническими формами синусита, не поддающимися стандартному

лечению, одонтогенные причины выявлялись в 20-40% случаев, что указывает на недооценку данного фактора при первичной диагностике.

Выводы. Одонтогенные причины хронического синусита часто остаются недооцененными на ранних стадиях диагностики. В исследованиях, где используется КТ, частота выявления одонтогенных причин значительно выше (от 20% до 40%) по сравнению с традиционными рентгенологическими методами. Такие патологии, как периапикальные поражения верхних зубов или ороантральные фистулы, нередко остаются недиагностированными, что приводит к сложностям в лечении и формированию устойчивых форм синусита. Эти данные подчеркивают необходимость использования современных методов визуализации и знакомство с патологическими изменениями верхней челюсти, характерными для одонтогенных процессов. Своевременное выявление одонтогенных причин значительно улучшает результаты лечения хронического риносинусита.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Коваленко С.Л.^{1,2*}, Азаматова С.А.^{3,4}, Лазарева Л.А.¹, Коваленко М.Д.^{1,2},
Азаматов И.Р.³

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 1 города Краснодара» Минздрава Краснодарского края

³ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», Медицинский институт

⁴ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница»

*E-mail: oto-cv@yandex.ru

Введение. Аллергический ринит (АР) является чрезвычайно распространенным заболеванием и значительно повышает риск развития сопутствующих состояний, таких как острые и хронические инфекции верхних дыхательных путей и уха. Повышение риска коморбидных заболеваний при длительном воздействии аллергена связывают с продолжительными изменениями местного и системного иммунитета, а также длительным персистирующим воспалением.

Взаимосвязь между АР и экссудативным средним отитом (ЭСО) подтверждается многочисленными исследованиями, однако механизм влияния аллергии на образование экссудата в среднем ухе в настоящее время окончательно не изучен.

В соответствии с литературными данными распространенность ЭСО у пациентов с аллергией составляет от 17,9% до 95% случаев. Такие различия, вероятно, объясняются отсутствием разделения пациентов в соответствии со стадией АР, а также недостаточностью анализа влияния сопутствующей патологии.

Цель исследования. Определить особенности течения экссудативного среднего отита у пациентов с аллергическим ринитом в зависимости от стадии аллергического ринита и сопутствующих заболеваний.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 405 пациентов с подтвержденным аллергологом АР, которым осуществлялся сбор жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР органов и комплексное аудиологическое исследование (акуметрия, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия: тимпанометрия и акустическая рефлексометрия, регистрация отоакустической эмиссии: задержанной вызванной и на частоте продукта искажения, по показаниям – регистрация слуховых вызванных потенциалов). Все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от стадии АР: I группа – стадия обострения (204 пациента) и II группа – стадия ремиссии (201 человек). Каждая группа также была разделена еще на 5 подгрупп в соответствии с имеющимися сопутствующими заболеваниями: а – гипертрофия аденоидов (Ia – 71 пациент; IIa – 69 человек); б – хронический риносинусит (Iб – 23 обследованных; IIб – 24 больных); с – острые заболевания респираторного тракта (Iс – 17 человек; IIс – 11 пациентов); d – сочетание нескольких нозологических форм (Id – в 78 случаях; IId – в 80 наблюдениях); e – отсутствие сопутствующих заболеваний (Ie – у 15 человек; IIe – у 17 пациентов). Исследования осуществляли при первичном обращении пациентов, повторно, после купирования острых симптомов, а также в процессе динамического наблюдения.

Результаты. Распространенность ЭСО у пациентов I группы составила 91,6%, II группы – в 47,8% случаев.

У 49,7% пациентов I группы после достижения контроля симптомов АР, а также купирования острого заболевания респираторного тракта, воздушность полостей среднего уха восстановилась самостоятельно, без дополнительного лечения. Такое течение ЭСО целесообразно рассматривать в качестве транзиторного. В остальных 51,3% случаев потребовалось проведение одного или нескольких курсов консервативного лечения по поводу ЭСО, которое способствовало выздоровлению у 47% пролеченных. В 4,3% случаев течение ЭСО носило персистирующий характер, консервативные методы были малоэффективны, больным было осуществлено хирургическое лечение – аденотомия и/или тимпаностомия. Персистирующее течение ЭСО наиболее часто констатировано среди пациентов группы Id при одновременно сочетании нескольких сопутствующих заболеваний – у 3,7% больных. При динамическом наблюдении за пациентами рецидивы ЭСО были отмечены у 34%

обследованных, преимущественно с мультиморбидным течением АР (группа Id – 24,5% наблюдений).

Во II группе транзиторное течение ЭСО было выявлено только у 5,2% пациентов с острыми респираторными заболеваниями. Остальные 94,8% пациентов были пролечены, выздоровление отмечено в 89,6% случаев. Отсутствие эффекта от консервативных методов лечения и персистирующее течение ЭСО было обнаружено в 5,2% наблюдений, у 4,2% из них в группе IIд. Рецидивирующее течение ЭСО наблюдалось в 33,3% случаев, в особенности у больных с сочетанием одновременно нескольких воспалительных заболеваний дыхательных путей (группа IIд – 29,2% пациентов).

Выводы:

1. Распространенность ЭСО наиболее высокая у пациентов в стадии обострения АР.
2. Транзиторный характер течения ЭСО характерен для пациентов при обострении АР, а также у пациентов с острым респираторным заболеванием.
3. Риск рецидивирующего и персистирующего течения ЭСО максимальный у больных с мультиморбидным АР.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ БОЛЬ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Конторина А.К., Коротков И.А., Ложникова К.А.* , Попов В.Е., Шумянцева В.С.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: ksu28-05@mail.ru

Введение. В настоящее время боль остается актуальной клинической проблемой, требующих значительных усилий по повышению эффективности ее лечения и улучшению качества жизни. С каждым годом появляются новые данные по нейрофизиологии и фармакологии болевого синдрома, дающие возможность проведения патогенетической терапии. Ежедневно каждый врач амбулаторного или стационарного звена сталкивается с проблемой боли у пациентов.

Цель исследования. Изучить выраженность послеоперационной боли у пациентов после хирургических вмешательств на ЛОР-органах в зависимости от объема операции, локализации, возраста и пола пациента, психоэмоционального состояния.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 98 детей в возрасте от 2 до 17 лет, получающих хирургическое лечение под эндотрахеальным наркозом и местной анестезией в отделении оториноларингологии в БУЗОО «ОКБ», БУЗОО «ГДКБ №3» г. Омска как в плановом порядке, так и в рамках неотложной помощи. Из них 65 – мальчики, 33 – девочки.

Средний возраст детей составил $10,4 \pm 4,2$ лет. Большинство пациентов (62%) были в возрасте 4-7 лет или 8-12 лет. Возрастные группы определены на основе биологической периодизации А.А. Маркосяна.

Оценка послеоперационного болевого синдрома у детей проводилась на основании анкетирования пациентов и их родителей в 1-е, 2-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки после операции по объективной шкале боли, разработанной Hannallah R. с соавт. (1987) в модификации д.м.н., профессора Нестеровой К.И.

Анализ результатов учитывал пол, возраст, оперированный орган (ухо, глотка, полость носа и околоносовые пазухи). Объективные критерии боли – увеличение показателей систолического артериального давления по сравнению с предоперационными показателями, и показатели психоэмоционального состояния (плач, двигательная активность, общее поведение, жалобы на боль) оценивались по шкале от 0 до 2 баллов.

Оценка субъективного ощущения боли осуществлялась по шкале Вонга-Бейкера от 0 до 5 баллов, где 0 – отсутствие боли, 5 – невыносимая боль, и по вербальной «шкале-молнии», по которой оценивалась субъективная характеристика боли, где 0 – отсутствие боли, 10 – невыносимая боль. Детям младшего возраста предлагалось оценить болевой синдром по визуальной «шкале-молнии», где числовому значению боли присваивался рисунок с определенными эмоциями.

Работа проведена на базе кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», протокол исследования утвержден этическим комитетом ОмГМУ.

Результаты. В ходе анкетирования было выявлено, что субъективное ощущение боли по шкале Вонга-Бейкера наиболее выражено у школьников 8-13 лет и подростков (14-17 лет) после редрессации костей носа на первые сутки (4,4 балла), с уменьшением боли на 2, 3, 5, 7 сутки после операции (3,7 балла, 2,3 балла, 0,5 балла, 0 соответственно). По «шкале-молнии» боль была оценена как выраженная (8,4 балла). Болевой синдром после аденотомии (3,6 балла), тонзиллотомии (3,7 балла), тонзилэктомии (4 балла), аденотонзиллотомии (4,2 балла), вскрытии паратонзиллярного абсцесса (2,5 балла) более выражен у детей дошкольного возраста (2-7 лет), максимально на 1-2 сутки после операции, купируется к 3 суткам. Согласно «шкале-молнии» после проведенных операций боль расценивалась как умеренная (4,7 балла) и сильная (5,6 балла). После операций на наружном носу (вскрытие фурункула носа), наружном ухе (вскрытие фурункула уха, удаление атеромы, удаление ДНО) наиболее сильную боль испытывают школьники и подростки. При этом болевой синдром сильнее после операций на носу (2,8 балла в первые сутки), на ухе –1,5 балла. Полностью болевой синдром купируется на 3 сутки у большинства респондентов. После оценки по «шкале-молнии» болевые ощущения расценены как умеренные (4-5 баллов).

Оценка болевого синдрома по объективной шкале Hannallah R. показала, детям младшего возраста (2-4 года) не свойственна локализация боли. Более характерным является нарушение психоэмоционального состояния – плач, беспокойство, нарушение сна, поведения, оцениваемые в 1-2 балла. У детей старше 5 лет наблюдается четкая локализация боли (ребенок показывает, где болит, характеризует боль). Для большинства проведенных операций на ЛОР-органах боль оценивается в 2 балла в первые сутки после операции, с постепенным уменьшением на 3-5 сутки. Результаты анкетирования показывают, что, чем младше ребенок, тем сильнее болевой синдром. Традиционно считалось, что женский пол является предиктором послеоперационной боли. Однако, по результатам анкетирования, не было найдено четких доказательств этого предположения.

Выводы. Послеоперационная боль сильнее при более радикальных и обширных операциях, а также зависит от локализации хирургического вмешательства. Для детей младшего возраста характерным является нарушение психоэмоционального состояния. Чем младше ребенок, тем интенсивнее болевой синдром, требуется длительный курс анальгетиков в его лечении. Период восстановления у таких пациентов более продолжительный.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕРПЕНОИДСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Красножен В.Н.¹, Покровская Е.М.², Валеева Д.Р.^{1,2*}, Лисовская С.А.³

¹ КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

² ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

³ ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора

*E-mail: diramilevna.dr@mail.ru

Введение. В последние годы отмечается рост гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Ограниченность выбора патогенетически обоснованных методов терапии, делает актуальной проблемой оториноларингологии изыскание новых лекарственных средств для их лечения. В этом аспекте наше внимание привлёк отечественный препарат на основе терпеноидов, обладающих широким спектром фармакологического действия.

Цель исследования. Определение *in vitro* противобактериальной и противогрибковой активности тестируемых терпеноидсодержащих препаратов Абисил и ВитаТерпен в отношении клинических штаммов бактерий и микроскопических грибов, выделенных от пациентов с изолированным сфеноидитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось с декабря 2023 г. по февраль 2024 г. Изучались противомикробная активность *in vitro* с определением минимально подавляющей концентрации для препарата ВитаТерпен и антимикробная активность лекарственного вещества Абисил методом диффузии в агар *in vitro*

Результаты. Определены начальные показатели по противомикробной активности терпеноидсодержащего препарата ВитаТерпен в отношении клинических штаммов изучаемых микробиологических агентов. Показано выраженное бактериостатическое действие препарата на тестируемые клинические штаммы бактерий: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus agalactiae*, *Bacillus subtilis*, *Pseudomonas aeruginosa* и бактерицидное действие в отношении *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*. Изучение антибактериального и антигрибкового действия лекарственного вещества терпеноидсодержащего Абисил показало наиболее активное антимикробное свойство в отношении всех видов изучаемых микроорганизмов (бактерий и грибов) в концентрации действующего вещества 20% и в отношении всех видов изучаемых бактерий в концентрации 17,5%.

Выводы:

1. Терпеноидсодержащий препарат обладает широким спектром фармакологического действия, проявляя активное противобактериальное и противогрибковое свойства в отношении клинически значимых штаммов бактерий и микроскопических грибов.
2. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности клинической оценки эффективности местного применения препаратов при сфеноидите.

**ДИЗОСМИИ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ И ПЕРЕНЕСЕННОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Кривопалов А.А.^{1,3*}, Дворянчиков В.В.¹, Алексанян Ю.С.¹, Ленгина М.А.²,
Мкртчян Э.А.¹, Бондарь Н.П.², Мочалов Ю.А.², Тесленко А.В.²**

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова» Минздрава России

*E-mail: krivopalov@list.ru

Ведение. Обоняние – древняя система, позволяющая человеку получать информацию о окружающем мире, и регистрируется через обонятельный нерв. У животных обоняние

играет ключевую роль в поведении, а его острота у некоторых видов превосходит человеческое восприятие. У людей обоняние занимает третье место после зрения и слуха, но часто недооценено. Нарушения обоняния вызывают обращения к врачам, в основном из-за хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, таких как полипозный риносинусит, который встречается у 0,8-4,3% населения. Постковидная anosmia также стала распространенной. 80% пациентов, обращаются с обонятельными нарушениями через несколько месяцев после COVID-19. Позднее обращение снижает шанс полного восстановления, но лечение может привести к положительному исходу.

Материал и методы. Проведен анализ публикационного материала о дизосмиях с учетом анатомии обонятельного анализатора, используя данные из баз Scopus, Web of Science, Medline, eLIBRARY за 2019-2023 г., а также методические рекомендации по COVID-19. Рассмотрены методы лечения дизосмий по клиническим рекомендациям с примерами случаев. Пример 1: Мужчина, 37 лет, с потерей обоняния после COVID-19 с декабря 2020 года. Объективно: ЛОР-органы без патологии, обоняние снижено, TDI индекс – 8.75, КТ без патологии. Неврологический статус в норме. Назначено лечение: обонятельные тренировки и интраназальные кортикостероиды. После двух месяцев TDI индекс – 12.25. Пример 2: Женщина, 80 лет, с снижением слуха и обоняния с ноября 2019 года после COVID-19. Состояние после амбулаторной сосудистой терапии с положительной динамикой. Объективно: ЛОР-органы без особенностей, TDI индекс – 13.5, КТ без патологии. Неврологический статус в пределах нормы. Назначено лечение в виде обонятельных тренировок, интраназального применения кортикостероидов, нейротрофической терапии. Функция обоняния оценена в динамике после двухмесячного курса лечения. TDI индекс (по T. Hummel et al.) 15,5 (T- 6,5; D -5; I - 4) Пример 3: Пациент, 43 года, обратился в ЛОР НИИ в марте 2023 года с жалобами на затруднение носового дыхания и обоняния. В анамнезе две полипотомии (2014, 2020) и потеря обоняния с января 2021 года после COVID-19. Оториноларингологический осмотр: отечная слизистая носа, полипозные вегетации в среднем носовом ходу, затрудненное дыхание и сниженное обоняние. TDI индекс – 9.2. КТ выявила полипозный процесс и отек слизистой в верхнечелюстных пазухах. МРТ головного мозга без объёмных образований, единичные сосудистые очаги, отек по шкале Lund–Kennedy – 2 балла. Неврологический статус в норме; результаты нейропсихологических тестов: оценка психического статуса – 26 баллов, тревога – 0, депрессия – 1. Назначено лечение: системные и интраназальные кортикостероиды, нейротрофическая терапия, обонятельные тренировки. После двух месяцев TDI индекс увеличился до 11.5.

Результаты. Приведенные клинические примеры демонстрируют эффективность обонятельных тренировок в лечении постковидных anosmий, как у пациентов без хронических

заболеваний ЛОР-органов, так и у тех, кто страдает от хронического воспаления носа и отонирингологии, особенно при полипозном риносинусите. Полученные результаты исследований обсуждаются на практических занятиях со специалистами. Поэтому крайне важно применять системный подход к данной проблеме, чтобы выявить не только различные неврологические заболевания, но также и ЛОР-патологии у пациентов с аносмией.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о важности реабилитации пациентов с дизосмией различной этиологии. Отсутствие единого мнения на этиопатогенетические механизмы заболевания вносят сложности в прогнозировании результатов лечения, в связи с чем сохраняется необходимость дальнейшего изучения проблемных вопросов дизосмий.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЛАЗЕР С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 450±10 НМ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Кривоपालов А.А.^{1,2*}, Шамкина П.А.¹, Коркмазов М.Ю.³, Панченко П.И.¹, Глущенко А.И.¹,
Журба В.М.⁴, Чучин В.Ю.^{4,5}

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

³ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

⁴ООО «НПП ВОЛО», Санкт-Петербург

⁵ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет ИТМО»

*E-mail: krivopalov@list.ru

Введение. Проведение хирургических вмешательств при заболеваниях гортани и трахеи в настоящее время предполагает использование эффективных, качественных и безопасных режущих инструментов. Одними из таких методов является применение лазерных технологий, с приходом которых в медицину, в частности в фонохирургию произошло качественное изменение лечебного процесса за счет таких их преимуществ как асептичность, бескровность и быстрота наступления клинического эффекта. В силу уникальных свойств излучения лазеров, они широко применяются во многих отраслях науки и техники. История изобретения лазера с начала XX века претерпела целый ряд модификации: твердотельные лазеры, газовые лазеры, лазеры на красителях, полупроводниковые лазеры и др. Так в 1963 г. появились первые полупроводниковые лазеры, за изобретение которых Ж.И. Алферов и

Г. Кремер получили Нобелевскую премию. В начале появились лазеры ближнего спектрального диапазона с излучением от 800 до 1100 нм, а затем лазеры среднего диапазона с излучением от 1100 до 2000 нм и лазеры сине-зеленой области спектра с излучением от 400 до 570 нм. Появление полупроводниковых лазеров, перекрывающих практически весь оптический спектральный диапазон длин волн, дало возможность совмещать в одном инструменте достоинства CO₂-лазеров и YAG: Nd-лазеров, исключив их недостатки. В отоларингологической практике активно используется лазерное излучение с длиной волны 450±10 нм, особенностями взаимодействия которого со слизистым эпителием гортани является локальный нагрев тканей только на периферии зоны воздействия, что минимизирует образование некротических изменений и потенцирует процессы регенерации тканей на всех сроках послеоперационного периода.

Цель исследования. Оценить эффективность отечественного высокоэнергетического лазерного аппарата с длиной волны 450±10 нм и максимальной средней мощностью 10 Вт в лечении доброкачественных заболеваний рото- и гортаноглотки

Материалы и методы. В 2021–2023 гг. на клинических базах ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России нами были пролечены 10 пациентов с различными заболеваниями глотки и гортани. Всем пациентам оперативные вмешательства выполнены с применением хирургического лазерного аппарата с длиной волны 450 нм (синий спектр) отечественного производства АЛПХ-01 «ДИОЛАН», версия 450-10, – полупроводниковый аппарат с волоконно-оптическими световодами максимальной средней мощностью 10 Вт для минимально инвазивной хирургии.

Критериями удовлетворительной оценки результатов лечения считали: простоту выполнения хирургических манипуляций (разрез, вапоризация, коагуляция и т.д.), отсутствие кровотечения, умеренно выраженную отечность препарированных тканей, раннее заживление ран. Критериями неудовлетворительной оценки служили избыточная коагуляция и ожог мягких тканей, кровотечение, послеоперационные отеки.

Для наглядного сравнения результатов лечения до и после вмешательства с использованием лазера применялась видео эндоскопическая технология

Результаты. В клинических наблюдениях продемонстрированы минимальные реактивные изменения послеоперационных ран, наблюдался небольшой отек тканей, незначительный объем раневого отделяемого, в более ранние сроки купировались постоперационные воспалительные реакции, наблюдалась более ранняя регенерация операционных ран. Успешное завершение лечебного процесса подтверждается тем, что воспалительные явления разрешились к 10–14 сут. от момента оперативного лечения, что в

среднем быстрее на 2,1 сут. по сравнению с использованием других хирургических лазеров, описанных в литературе

Выводы. Таким образом, высокоэнергетический хирургический лазерный аппарат в оптическом диапазоне длиной волны 450 ± 10 нм при мощности до 10 Вт демонстрирует высокую эффективность, точность и безопасность. Учитывая все эти преимущества на основе клинических наблюдении, лазерный аппарат отечественного производства является хорошей альтернативой для зарубежных аналогов.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДНЕГО УША ПРИ СЕРОЗНОМ И ГНОЙНОМ ПРОЦЕССАХ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ

Кротов Ю.А., Кротов С.Ю.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: profkrotov@mail.ru

С морфологической точки зрения серозный выпот и гнойный экссудат могут быть охарактеризованы как последовательные стадии течения единого воспалительного процесса в тканях. В клинической же практике данные состояния разделяются, так как с позиции нозологии каждое из них может иметь особенности этиологии, патогенеза, клинического течения, лечения и набора медикаментозных средств для купирования возникшей патологии.

В оториноларингологии к серозной форме воспаления среднего уха относится экссудативный средний отит, к гнойной форме – острый гнойный средний отит, характеризующийся инфицированием уха более вирулентной вирусной и бактериальной микрофлорой.

В последние годы некоторые клиницисты для повышения эффективности лечения обеих форм патологии стали использовать методику ультразвуковой региональной лимфотропной терапии, ориентированную на купирование процесса в барабанной полости и зоне лимфатического региона среднего уха (лимфатические сосуды, узлы, регионарные скопления лимфоидной ткани) путем стимуляции дренажа, детоксикации межклеточных пространств, что снижает уровень антигенной нагрузки на ткани первичного очага.

Вместе с тем, существуют особенности тканевых реакций региональных лимфоузлов среднего уха при серозном и гнойном воспалении, которые необходимо учитывать в плане адекватного использования в клинике различных медикаментозных средств при лечении каждой из форм отитов.

Данное обстоятельство послужило целью настоящего исследования, которое проведено на экспериментальных моделях экссудативного и гнойного среднего отита у 20 лабораторных животных (крыс самцов породы Wistar, массой 180–250 г), из которых сформировано две группы. Моделирование негнойного выпота в полостях среднего уха у 10 крыс осуществлялось путем механического перекрытия носоглоточного устья слуховой трубы с помощью стерильного марлевого тампона, подведенного к нему через полость носа. Моделирование гнойного воспаления у 10 крыс проводилось путем перфорации перепонки и введения в барабанную полость через слуховой проход культуры *Staphylococcus aureus* концентрацией 1.10^9 микробных тел в 1 мл. Забор материала на морфологическое и морфометрическое исследование в 1-й и 2-й группах осуществлялся на 12-е сутки. Объектом исследования были поверхностные, лицевые и глубокие лимфатические узлы, относящиеся к зоне лимфатического региона среднего уха.

Основными критериями морфометрической оценки лимфоузлов являлись: общая площадь среза узла, площади капсулы, краевого синуса, межузелковой части, паракортикальной области, мозговых синусов, мозговых тяжей, количество первичных лимфоидных узелков, количество вторичных лимфоидных узелков, площадь первичных лимфоидных узелков, площадь вторичных лимфоидных узелков, площадь центров размножения, площадь коркового вещества, площадь мозгового вещества, площадь синусной системы, корково-мозговой индекс, площадь Т- и В-зависимых зон, Т/В коэффициент.

На основании оценки основных критериальных показателей состояния лимфатической системы среднего уха к 12-м суткам с момента моделирования экссудативного и гнойного среднего отита установлено, что в региональных лимфатических узлах шеи групп экспериментальных животных сохраняются реактивные явления поверхностных, лицевых и глубоких лимфоузлов, однако характер и степень выраженности их морфофункциональных реакций различны.

При моделировании экссудативного среднего отита (серозного выпота) в структуре поверхностных и глубоких лимфатических узлов более отчетливо наблюдается перестройка компонентов узловых структур, отражающих расстройство протекторной и дренажной функции, что может пролонгировать явления лимфостаза и отека тканей в зоне первичного очага.

При экспериментальном гнойном среднем отите наряду с расстройствами лимфодренажа имеет место угнетение внутриузловых структур, преимущественно глубоких лимфоузлов, что является следствием инфекционно-токсической нагрузки на зону лимфатического региона среднего уха.

Экстраполируя полученные экспериментальным путем данные в клинику, при экссудативном среднем отите необходимо для стимуляции протекторной функции и

лимфодренажа объем ультразвуковой региональной лимфотропной терапии на область первичного очага и зону лимфатического региона дополнять гормональными препаратами, при гнойном процессе, с целью снижения инфекционно-токсической нагрузки и местной детоксикации, использовать антибактериальные препараты соответствующие чувствительности микрофлоры.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ДАКРИОЦИСТИТ, НАШ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Кротова А.С.¹, Володеев А.В.^{1,2}, Агапова М.С.¹

¹АО «Медико-санитарная часть «Нефтяник»» г. Тюмень

²ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: a.shrubchenko@mail.ru

Введение. На травмы средней зоны лица, которые приводят к повреждениям придаточного аппарата глаза и изменениям в слезоотводящих путях приходится от 7 до 16% случаев. Решение проблемы слезотечения после травмы лица является сложной задачей для хирурга. По данным литературы при посттравматическом слезотечении дакриоцисториностомия (ДЦР) обеспечивает анатомический и функциональный успех в 92,5% случаев. Эндоназальная ДЦР в лечении посттравматических дакриоциститов имеет свои преимущества по сравнению с наружным доступом, так как она менее травматична, отличается технической индивидуальностью, позволяют пользоваться сохранившимися анатомическими ориентирами в полости носа, устранять одновременно неблагоприятные риногенные факторы и травматические деформации в полости носа для восстановления слезоотведения. Учитывая наличие посттравматических деформаций анатомических структур при эндоскопическом доступе, использование навигационной системы, позволяет хирургу ориентироваться в полости носа при отсутствии нормальной анатомии, что играет важную роль при посттравматических дакриоциститах, а также повышает вероятность успеха операции и ее безопасность.

Цель исследования. Представить клинический случай успешного лечения посттравматического дакриоцистита.

Материалы и методы. При подготовке к оперативному вмешательству пациентке первым этапом была проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Данный метод позволяет четко визуализировать все анатомические структуры и установить локализацию нарушения оттока слезы. МСКТ дает возможность оценить степень деформации окружающих мягких тканей средней зоны лица, оценить точную локализацию процесса,

отношение к соседним структурам, а также определить связь с придаточными пазухами носа и спланировать предстоящее хирургическое лечение. Полученные данные были загружены в навигационную систему Medtronic, что позволило хирургу во время всей операции контролировать расположение инструментов и уровень расположения слезного мешка.

Результаты. Пациентка Н. женского пола, 32 лет. Жалобы: слезотечение слева, в течении 6 месяцев. В анамнезе: ДТП 9 месяцев назад, выполнена реконструктивная операция на назоорбитальной области слева. В связи со слезотечением была обследована офтальмологом, выставлен диагноз: хронический посттравматический дакриоцистит слева. На амбулаторном этапе выполнена предоперационная подготовка. На базе МСЧ «Нефтяник» пациентке была выполнена эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия под контролем навигационной системы. Под эндотрахеальным наркозом, в положении лежа на спине, после обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина, выполнена установка навигационной системы Medtronic. Произведена инфильтрация слизистой оболочки переднего конца и основания средней носовой раковины, проекцию слезного мешка *sol.Naropini 2%* в объеме 10 мл слева, под контролем риноскопа 0 и 30 градусов средняя раковина редрессирована медиально, выделен П-образный лоскут, в месте проекции слезного мешка, выделен лобный отросток верхней челюсти. Под контролем навигационного щупа, при помощи бора высверлено овальное окно - визуализирована рубцовая ткань, удалена при помощи холодноплазменной коагуляции. Визуализированы костные отломки - удалены, посредством щипцов по Blakesley и Керрисон. Выделена и вскрыта серповидным скальпелем медиальная стенка слезного мешка, получено гнойное отделяемое. Выполнено удаление медиальной стенки и промывание слезного мешка. Кровотечение остановилось самостоятельно. Интра- и послеоперационный период протекал без осложнений. Медикаментозная терапия: накануне операции эноксипарин 40 мг однократно, цефтриаксон по 1 г 2 раза в день внутривенно, кеторол 30 мг при болевом синдроме. Период госпитализации составил 6 дней, в послеоперационном периоде каждый день выполнялась санация полости носа, осмотр риностомы, промывание слезной точки физиологическим раствором. После выписки пациента из стационара проводился динамический контроль через 2 недели, через 1 месяц и через 2 месяца. Через 3 месяца после операции, промывание через нижнюю и верхнюю слезные точки выполняется без обратной регургитации, физиологический раствор в полном объеме попадает в носоглотку пациента, жалобы на слезотечение отсутствуют с моменты выполнения операции.

Заключение. Лечение посттравматического дакриоцистита требует от хирурга, выполняющего операцию, большего опыта в связи с отсутствием или смещением анатомических ориентиров необходимых для выполнения успешной ДЦР.

Мультидисциплинарный подход, наличие вспомогательных инструментов, таких как навигационная система, и длительное ведение пациента в послеоперационном периоде, так же играет значительную роль в конечном результате оперативного вмешательства на носослезном аппарате.

**ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА ДЛЯ СОЧЕТАННОГО
ЭЛЕКТРОПОРАТИВНО-ИОНОФОРЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА
ЭКВИВАЛЕНТ МЕМБРАНЫ КРУГЛОГО ОКНА**

**Крюков А.И.^{1,2}, Воротеляк Е.А.⁴, Шершунова Е.А.³, Воеводин В.В.³, Мищенко В.В.¹,
Небогаткин С.В.³, Романов К.И.³, Сухачёва С.В.⁵, Кунельская Н.Л.^{1,2}, Роговая О.С.⁴,
Рябинин А.А.⁴, Хомич В.Ю.³**

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

³ФГБУН Институт электрофизики и электроэнергетики РАН

⁴ФГБУН Институт биологии развития им. Н. К. Кольцова РАН

⁵ФГБУН Институт элементоорганических соединений им. А.Н.Несмеянова РАН

E-mail: lfgr1@rambler.ru

Лечение кохлеовестибулярных нарушений с помощью фармакотерапии широко используется в современной оториноларингологии и применимо для таких заболеваний как лабиринтит, тиннитус, нейросенсорная тугоухость, болезнь Меньера, отосклероз. Однако эффективность лечения во многом обусловлена биодоступностью препаратов в ушном лабиринте для клеток-мишеней (например, таких как волосковые клетки Кортиева органа). Традиционные методы доставки лекарств (пероральные, транскутанные, внутримышечные, внутривенные) имеют низкую эффективность, вызывают значительные побочные эффекты, интратимпанальные методы не обеспечивают достаточную концентрацию препарата вследствие медленной скорости диффузии лекарства из среднего во внутреннее ухо, а интралабиринтные, включающие инъекции препарата через круглое окно (КО), могут привести к потере слуха, инфицированию внутреннего уха с развитием лабиринтита и даже менингита. Поэтому актуальной задачей является разработка эффективных методов адресной доставки лекарств в ушной лабиринт без разрушения биологических барьеров.

Одним из распространенных неинвазивных способов введения лекарственных препаратов является индуцированная миграция ионов электрическим полем. Он разделяется на два основных направления – ионофорез и электропорацию. Ионофорез основан на миграции заряженных молекул малой и средней молекулярной массы под действием постоянного электрического поля малой величины и применим лишь для веществ в ионизированной форме. Электропорация способствует увеличению проницаемости мембран клеток посредством внешнего импульсного электрического поля и проникновению веществ большей молекулярной массы.

Цель исследования. Разработка электрофизической установки для доставки дексаметазона и его производных через модельные мембраны круглого окна внутреннего уха человека.

Материалы и методы. Для проведения экспериментов использовалась разработанная нами электрофизическая установка для сочетанного ионофоретического-электропоративного воздействия на биологические мембраны. В качестве биологических мембран были использованы модели мембраны круглого окна (ММКО) человека, выращенные в Институте биологии развития РАН. Установка состояла из генератора, собранного по схеме, формирующей напряжение коротких импульсов, и оригинальной электродной ячейки. Выход генератора подключался к верхнему электроду ячейки, в которую помещался выращенный эквивалент мембраны КО (ЭМКО). В ходе эксперимента к ЭМКО прикалывались различные импульсы по амплитуде и напряжению, после чего выполнялась оценка жизнеспособности мембран путем их окраски с помощью кальцеина зелёного и пропидия йодида с целью выбора оптимальных параметров тока и напряжения. В эксперименте использованы 20 ЭМКО. Для получения статистически значимых результатов экспериментальные серии повторялись 5 раз с их дальнейшей статистической обработкой.

Таким образом, при приложении такой формы напряжения к биологической мембране под действием импульсов V_{Pulse} в ней предполагается осуществление механизма электропорации, а при одновременном воздействии постоянного напряжения V_{DC} ионофореза (электроосмоса). Принцип предложенного метода позволяет реализовать электропоративно-ионофоретический эффект, усиления транспорта лекарства за счет формирования искусственных пор в мембране и переноса заряженных молекул препарата.

Создана система, состоящая из двух электродов, между которыми находится биологическая мембрана и лекарство. При подаче напряжения на электроды предполагается, что под действием электрических импульсов некоторое количество лекарства будет проходить сквозь мембрану и попадет в физиологический раствор, которым заполнен корпус. Внутри корпуса имеется прорезь, по которой лекарство с физиологическим раствором попадает к крайнему отверстию.

Результаты. В данном эксперименте описан этап подбора электрофизических режимов созданной установки на выращенный ЭМКО. Установка позволяла формировать униполярные импульсы напряжения амплитудой до ± 300 В, длительностью от 100 нс до 1 мс, частотой от 1 Гц до 20 кГц, с наложением на импульсы постоянной составляющей напряжения амплитудой от 0 до ± 300 В.

Выводы. На основании полученных данных дальнейшие исследования сочетанного воздействия на ММКО целесообразно проводить в рамках граничных значений постоянного тока до 1,5 мА, и импульсного – до 1,3 мА. Полученные значения постоянного тока легли в основу создания прибора, для малоинвазивного электрофизического воздействия на мембрану КО с целью доставки препаратов во внутренне ухо в рамках стационаров кратковременного пребывания. Предлагаемый нами сочетанный метод требует проведения большого количества исследований, направленных как на влияние параметров импульсов на проницаемость мембран для препаратов, так и на оценку повреждения клеток мембран.

Работа выполнена при поддержке Московского центра инновационных технологий в здравоохранении, Соглашение № 2012-1/22.

НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТОСКЛЕРОЗА КАК СОВРЕМЕННЫЙ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Крюков А.И.^{1,2}, Гаров Е.В.^{1,2*}, Зеликович Е.И.¹, Загорская Е.Е.¹, Сидорина Н.Г.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.

Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С.Преображенского лечебного факультета ФГАОУ

ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: Egarov@yandex.ru

В диагностике различных форм отосклероза (ОС) до настоящего времени не принято единой классификации. Все имеющиеся классификации основаны на данных тональной пороговой аудиометрии (ТПА), акустической импедансометрии, визуальной оценке очагов ОС во время операции и компьютерной томографии (КТ) височных костей, которые свидетельствует о характере тугоухости, локализации и распространении очагов ОС, и не всегда коррелируют между собой (Преображенский Н.А., Пятякина О.К., 1973; Солдатов И.Б. и соавт., 1974; Portman M., 1979; Дондитов Д.Ц., 2000; Nadol J., Mckenna M., 2005; Gristwood R., Bedson J., 2008). Предложенные классификации ОС по данным КТ височных костей

описывают распространение очагов ОС для оценки возможности проведения кохлеарной имплантации (КИ) при этом заболевании (Rotteveel L. et al., 2004; Marshall A. et al., 2005; Veillon F. et al., 2006; Kabbara B. et al., 2015).

В тоже время современная классификация ОС должна быть основана на аудиологических данных о локализации и плотности очагов по КТ височных костей для определения тактики лечения тугоухости у больного ОС. Учитывая, что многие специалисты не признают активную форму заболевания и не считают необходимым проводить КТ височных костей, это, по нашему мнению, ведёт к возникновению интраоперационных осложнений и повторных операций. Именно метод КТ височных костей, являясь виртуальной эндоскопией, позволяет диагностировать отоспонгиоз, с которым связывают развитие кохлеарных осложнений у 0,9-3,5% и рецидив тугоухости у 10% пациентов ОС (Сватко Л.Г., 1969; Преображенский Н.А., Пяткина О.К., 1973).

С появлением КТ височных костей в диагностике заболеваний этой локализации длительная совместная работа сурдологов, отохирургов и рентгенологов Института позволила сформировать алгоритм верификации различных форм ОС, разработать инактивирующую терапию (ИТ) активных форм заболевания и показания к ней, методы оценки её эффективности и условия выполнения стапедопластики для достижения стойких отдалённых результатов слуховой функции. В 2023 г. сотрудниками НИКИО на основании этих исследований была предложена новая клиничко-рентгенологическая классификация различных форм ОС (Крюков А.И. и соавт., 2023), которая успешно применяется в практической работе.

Цель исследования. Представление лечебно-диагностического алгоритма по новой клиничко-рентгенологической классификации различных форм ОС.

Материалы и методы. В НИО микрохирургии уха Института были обследованы и оперированы 2140 больных различными формами ОС, из них 303 – проведена инактивирующая терапия. Женщин было 1525 (71,3%), мужчин – 615 (28,7%). Возраст пациентов составил от 16 до 69 лет (в среднем – 39,3). Больные трудоспособного возраста (21–50 лет) составили 83%. Обследование включало: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр (с отомикроскопией), комплексное аудиологическое исследование (ТПА и УЗВ аудиометрия, акустическая импедансометрия) и КТ височных костей с денситометрией.

Результаты. На основании результатов комплексного обследования, лечения и динамического наблюдения был разработан алгоритм лечения пациентов с различными формами ОС. При кондуктивной и смешанной тугоухости по данным ТПА локализация очагов ОС может быть фенестральной, смешанной и облитерирующей. На характер тугоухости

влияет длительность заболевания и возраст пациента. При сенсоневральной тугоухости очаги ОС имеют только ретрофенестральное расположение. Выделение активной формы ОС, независимо от локализации очагов, обусловлено патогенезом заболевания. Для стабилизации тугоухости при этом и создания благоприятных условий для операции (снижение интраоперационных осложнений и риска реосификации при стапедопластике и профилактика развития облитерации – при КИ). ИТ проводится курсами (3 мес.) при активном ОС (<1000 НУ), количество которых определяется плотностью очагов ОС по данным денситометрии. Из-за результатов ИТ предлагаемая классификация форм ОС динамична, так как возможен переход кондуктивной тугоухости в смешанную и наоборот. Методика стапедопластики также зависит от вида тугоухости, локализации и распространения очагов ОС. При кондуктивной тугоухости эффективно проведение любой методики стапедопластики, а при смешанной – широкой стапедотомии с изоляцией окна преддверия аутоушной и установкой на неё протеза стремени, что влияет на улучшение порогов костной проводимости. Такая тактика лечения больных с ОС позволила добиться эффективных результатов (костно-воздушный интервал ≤ 10 дБ) у 95% больных в отдалённом периоде наблюдения. Осложнения в виде повышения порогов костной проводимости (>15 дБ) отмечены в 0,9%, глухота – в 0,3%, рецидив тугоухости – в 0,7% случаях.

Выводы. Предложенная классификация демонстрирует особенности клинических проявлений ОС, улучшает диагностику его различных форм, тактику лечения пациентов и эффективность их слуховой реабилитации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕНАЖЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ УХА

Крюков А.И.^{1,2}, Гаров Е.В.^{1,2}, Мищенко В.В.¹, Юдин Д.В.^{1*}, Крохмаль А.Д.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.

Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ
ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И. Пирогова» Минздрава России

*E-mail: yudin.d@mail.ru

Височная кость (ВК) и, как ее часть, среднее ухо имеют одно из самых сложных анатомических строений в человеческом организме. Отработка навыков хирургии на данных областях представляет собой непростую задачу. Сложности в освоении навыков и изучении

анатомии добавляет близкое расположение важных анатомических структур, ранение которых может приводить к серьезным осложнениям и оказаться потенциально летальным. Способом преодоления данных препятствий стала разработка анатомических моделей и тренажеров для этапного освоения анатомии и хирургических навыков в микрохирургии уха.

Цель исследования. Оценка симуляционных технологий в обучении основам микрохирургии уха.

Материалы и методы. В НИКИО им. Л.И. Свержевского были разработаны материальные модели ВК с нормальной анатомией и с инфралабиринтной холестеатомой (Патент РФ на полезную модель №195878 от 07.02.2020 г. «Искусственная височная кость (учебное пособие)», № 224486 от 27.03.2024 г. «Модель для обучения технике проведения диссекций височной кости с инфралабиринтной холестеатомой», заявка №2024110056 от 12.04.2024 г. «Модель для обучения технике проведения диссекций височной кости»), тренажеры для шунтирования барабанной перепонки (Патент РФ на полезную модель № 203279 от 30.03.2021 г. «Тренажёр для шунтирования барабанной полости, используемый в качестве учебного пособия», № 223016 от 26.01.2024 г. «Тренажёр для отработки навыков парацентеза и шунтирования барабанной перепонки»), для отработки этапов стапедопластики («Тренажёр для отработки хирургических навыков при стапедопластике» заявка № 2024103265/14 от 29.02.2024 г.), а также методики обучения. Благодаря развитию технологий 3D-печати учебные модели просты в изготовлении, повторяют анатомию структур ВК, сделаны из материала, сходного по плотности с костной тканью, и имеют невысокую стоимость. Разработанные учебные пособия были внедрены в программу обучения ординаторов и аспирантов.

Результаты. Все молодые сотрудники, проходящие обучение в отделе микрохирургии уха помимо теоретической подготовки, участия в операциях, осваивают анатомию височной кости, технику микрохирургии и мануальные навыки с использованием микроскопа на созданных моделях и тренажёрах. Применение разработанных учебных пособий ускоряет освоение работы под микроскопом, анатомии ВК, пространственной ориентации в этой сложной области, манипуляций в наружном слуховом проходе и барабанной полости при отсутствии рисков для пациента. Некоторые из тренажёров имеют уровни сложности («Тренажёр для отработки хирургических навыков при стапедопластике»), что значительно повышает интерес к выполнению манипуляции и эффективность освоения мануальных навыков.

Выводы. Разработка учебных пособий для отработки практических навыков в хирургии ВК является достойной альтернативой обучению непосредственно у операционного стола, позволяет повысить уровень владения микроинструментами и скорость подготовки молодых специалистов.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Крюков А. И.^{1,2}, Клименко А.А.^{1,3}, Товмасын А.С.¹, Рамазанов С.Р.^{2*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

³ Кафедра факультетской терапии им. ак. А.И. Нестерова лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

*E-mail: saidramazanov97@mail.ru

Введение. Проблема хронического тонзиллита (ХТ) и его осложнений на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных тем в современной оториноларингологии. Особое место среди осложнений ХТ занимает реактивный артрит. На данный момент не существует четких критериев для диагностики тонзиллогенной природы артропатий.

Цель исследования. Идентификация и разработка критериев диагностики тонзиллярных артропатий.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 58 пациентов с ХТ и суставным синдромом (36 – женщин, 22 – мужчин, средний возраст – 27,8 лет), обратившихся в НИКИО им. Л.И. Свержевского для решения вопроса о проведении плановой тонзиллэктомии.

Критерии включения: признаки ХТ, впервые выявленные артралгии, отсутствие данных о наличии иной этиологии артропатии (системные воспалительные заболевания соединительной ткани, воспалительные заболевания желудочно-кишечного и урогенитального тракта, хронические вирусные заболевания). Критерии исключения: острый тонзиллит; посттравматическая артралгия; диагностированные септические артриты, системные заболевания соединительной ткани, воспалительные заболевания кишечника и урогенитального трактов; ВИЧ-инфекция, сифилис, хронический гепатит В, хронический гепатит С.

Каждый пациент прошел обследование в объеме: заполнение анкеты, осмотр врачом-оториноларингологом, лабораторное обследование – клинический анализ крови, определение в крови креатинина, С-реактивного белка, ревматоидного фактора, антистрептолизина-О, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, антинуклеарного фактора на клеточной линии HEp-2, содержания витамина D, и антител к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барр. Пациенты с подозрением на наличие системного заболевания

соединительной ткани направлялись на рентгенографию пораженных суставов и с готовыми результатами обследования на консультацию врача-ревматолога.

Результат исследования. У 55 обследованных пациентов (94,8%) зафиксированы ангины в анамнезе, из них 14 пациентов (24,1%) перенесли ангину 3 раза за последние 3 года. У 38 пациентов (65,5%) имелись жалобы на боль в крупных суставах, у 20 (34,5%) – на боль в мелких суставах. По результатам лабораторного исследования: у 7 пациентов (12,1%) выявлен лейкоцитоз в крови, у 18 (31%) – повышение содержания СОЭ и С-реактивного белка, у 21 (36,2%) – повышение содержания антистрептолизина-О, у 9 (15,5%) – повышение содержания антител к циклическому цитруллинированному пептиду, у 7 (12,1%) – повышение содержания антинуклеарного фактора, у 54 (93,1%) – снижение содержания витамина D в крови и у 56 (96,5%) – выявлены антитела к вирусу Эпштейна-Барр. На дальнейшее дообследование (рентгенография суставов и консультация врача-ревматолога) направлено 27,5% пациентов (16 чел.).

Предварительные выводы. Тонзиллит-ассоциированная артропатия чаще развивается после перенесенного острого тонзиллита и продолжает сохраняться в связи с хроническим воспалением в небных миндалинах. При этом, по результатам лабораторного исследования допустимо полагать, что в 36,2% случаев этиологическим фактором развития артропатии выступает стрептококковая инфекция. Нельзя исключить при этом значимость роли вируса Эпштейна-Барр, выявленного в 96,5%, в развитии ХТ и суставного синдрома. Пациентам с повышенными титрами антител к циклическому цитруллинированному пептиду и антинуклеарного фактора необходимо обследование у врача-ревматолога с целью исключения / подтверждения ревматических заболеваний.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМНОГО ВЯЛОТЕКУЩЕГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В АССОЦИИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крюков А.И.^{1,2}, Петухова Н.А.¹, Товмасын А.С.¹, Степанова М.М.^{1*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С.Преображенского лечебного факультета ФГАОУ
ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: mmariestepanova@gmail.com

Введение. Надо признать, что хронический тонзиллит (ХТ) остаётся одним из наиболее распространенных ЛОР-заболеваний. Возможным решением проблемы лечения этой

патологии с позиции системной парадигмы является разработанная в НИКИО им. Л.И.Свержевского унитарная дефиниция эпителиально-эндотелиального дистресс-синдрома. В настоящее время активно исследуются механизмы как обеспечения микробиомом (МБ) гомеостаза и поддержания здоровья, так и его участия в инициации системного вялотекущего воспаления и обусловленных им заболеваний. У пациентов с ХТ, сопряженным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), отмечается нарушение сбалансированности МБ организма. Это сопровождается эндотоксинемией, хронической эндотоксиновой агрессией и развитием хронического системного воспаления.

Цель исследования. Определить маркеры хронического системного вялотекущего воспаления у пациентов с ХТ в ассоциации с ГЭРБ и без данной патологии.

Материалы и методы. Обследованы 58 пациентов с ХТ токсико-аллергической формой (ТАФ) I и II степени, направленные в НИКИО им.Л.И.Свержевского для проведения хирургического лечения. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу (I) составили 29 пациентов с ХТ ТАФ I и II степени и ГЭРБ (16 женщин, 13 мужчин, средний возраст – 29,6). Во вторую группу (II) вошли 29 пациентов с ХТ ТАФ I и II степени без ГЭРБ (19 женщин, 10 мужчин, средний возраст – 34,2). Были изучены показатели уровней эндотоксина в ротовой жидкости и в крови, установленные методом газожидкостной масс-спектрометрии, а также в результате хемилюминисцентного исследования определены маркеры системной воспалительной реакции интерлейкина-6 (ИЛ6) и фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а). Уровень высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) определялся методом иммунотурбидиметрии.

Результаты. У больных I группы: эндотоксин в ротовой жидкости ($N < 0,5$ наномоль/мл) - $14,00 \pm 8,85$ наномоль/мл; эндотоксин в крови ($N < 0,5$ наномоль/мл) - $1,54 \pm 0,83$ наномоль/мл; ИЛ6 (при $N 0-5,9$ пг/мл) - $4,66 \pm 1,82$ пг/мл; ФНО-а (при $N 0-6,0$ пг/мл) - $1,55 \pm 0,53$ пг/мл; высокочувствительный СРБ (при $N < 1,0$ мг/л) - $3,01 \pm 1,51$ мг/л.

У больных II группы: эндотоксин в ротовой жидкости - $8,63 \pm 5,48$ наномоль/мл; эндотоксин в крови - $1,05 \pm 0,54$ наномоль/мл; ИЛ6 - $2,82 \pm 1,23$ пг/мл; ФНО-а - $1,39 \pm 0,56$ пг/мл; высокочувствительный СРБ - $1,83 \pm 0,67$ мг/л.

Выводы:

1. Установлено повышение уровня эндотоксина в ротовой жидкости и в крови у всех пациентов исследуемых групп, что инициирует эндотоксинемию, эндотоксиновую хроническую агрессию и системную воспалительную реакцию.
2. Показатели ИЛ6 и ФНО-а во всех группах находились в пределах референсных значений.

3. У пациентов всех групп обнаружено повышение концентрации высокочувствительного С-реактивного белка. В I группе уровень СРБ свидетельствует о высоком риске развития хронического системного воспаления. У пациентов II группы этот показатель демонстрирует средний риск развития системного вялотекущего воспаления.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Крюков А. И.^{1,2}, Товмасын А.С.¹, Головатюк А.А.^{1*}, Степанова М.М.¹, Рамазанов С.Р.²

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии

им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ

ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И.Пирогова» Минздрава России

*E-mail: aagolovatyuk@gmail.com

Введение. Тонзиллэктомия (ТЭ) представляет собой рутинное, но при этом серьезное оперативное вмешательство, которое может сопровождаться серьезными осложнениями, в частности, кровотечением. До настоящего момента не уделялось достаточного внимания анатомическим особенностям небных миндалин (НМ) у каждого конкретного пациента перед плановым хирургическим лечением. Однако размер и расположение миндалин имеют большое значение в развитии интраоперационного кровотечения.

Цель исследования. Определить критерии оценки риска кровопотери во время ТЭ на основании анатомических особенностей, определяемых при помощи УЗИ НМ и фарингоскопии.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ НИКИО им Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы нами было обследовано 30 пациентов (60 НМ). Помимо стандартного общеклинического и оториноларингологического обследования больных, мы определяли глубину залегания НМ. Деревянным шпателем, имеющим стандартную ширину 18 мм, измеряли ту часть миндалин, которая выступает из-за передней небной дужки, в дальнейшем – фарингеальную часть НМ. По УЗИ определяли поперечный размер НМ. Далее вычисляли глубину залегания НМ по формуле:

$$ГЗ=ПР - ФЧ,$$

где ГЗ – глубина залегания НМ;

ПР – поперечный размер НМ (определяется по УЗИ);

ФЧ – фарингеальная часть НМ (измеряется с помощью шпателя).

НМ с ГЗ менее 10 мм считали поверхностно расположенными, НМ с ГЗ от 10 до 15 мм – срединно расположенными, НМ с ГЗ от 16 мм и более – глубоко расположенными. В соответствии с вышеуказанными критериями, НМ были разделены на 3 группы.

Во время операции гравиметрическим методом оценивался объем кровопотери при удалении каждой НМ.

Результаты. В результате оценки кровопотери в каждой из 3 групп мы получили следующие данные: медиана кровопотери в 1 группе составила 20 мл, во 2 и 3 группах – 40 и 57 мл, соответственно, что демонстрирует статистически значимую разницу ($p=0,0041$) между исследуемыми группами. Наибольшая медиана кровопотери соответствует группе с глубоко расположенными НМ.

Выводы. В проведённом нами исследовании получены данные, подтверждающие, что определение анатомических особенностей, а именно – ГЗ НМ у пациентов, поступающих на плановую ТЭ, играет важную роль при оценке рисков интраоперационного кровотечения.

ТРЕХМЕРНАЯ ПЕЧАТЬ БИОСОВМЕСТИМЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПРЕДДВЕРИЯ НОСА

Крюков А.И.^{1,2}, Товмасян А.С.¹, Кишиневский А.Е.^{1*}, Поляева М.Ю.¹,

Мосин В.В.¹, Шведов Н.В.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова» Минздрава России

*E-mail: alexander.kishinevskiy@mail.ru

Введение. Применение стентов является распространённым методом профилактики рецидивов при лечении рубцовых стенозов преддверия носа. Однако, на сегодняшний день отсутствует единый подход к выбору метода и сроков стентирования.

Цель исследования. Разработка персонализированной методики лечения рубцового стеноза преддверия носа с применением аддитивных технологий.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 5 пациентов с послеоперационным стенозом преддверия носа. В рамках работы проводилось

последовательное выполнение следующих задач с применением соответствующего программного обеспечения (ПО):

- Экстракция и выделение данных по пространственной анатомии полости носа пациентов («Vidar DICOM Viewer» ver. 3.3). Для построения 3d-модели использовали результаты мультиспиральной компьютерной томографии носа и околоносовых пазух с толщиной среза не более 1 мм.

- Трехмерное моделирование (DesignSpark Mechanical, США).

- Трехмерная печать (принтер «3BL» (Formlabs, США), биосовместимый фотополимерный материал для печати «Biomed Elastic» (Formlabs, США).

Результаты. Разработанный алгоритм персонализированного лечения рубцового стеноза преддверия носа:

1. Создание 3D-модели области стеноза полости носа пациента и окружения ± 2 см на основании данных компьютерной томографии.

2. Импортирование полученной модели в ПО.

3. Редактирование в ПО формы и размера стента в соответствии с формой и анатомическими характеристиками преддверия носа и его сужения.

4. Распечатывание полученной индивидуальной 3D-модели стента на 3D-принтере из биосовместимого полимерного эластичного материала.

5. Выполнение хирургического лечения в объеме иссечения рубцовой ткани преддверия носа при помощи хирургического лазера. Установка напечатанного стента и фиксация его узловыми швами.

6. Удаление стента через 3 месяца.

Разработанный алгоритм был применен у 5 пациентов с послеоперационным стенозом преддверия носа. Во всех случаях был получен удовлетворительный результат лечения с восстановлением функции носового дыхания, стеноз не рецидивировал (срок наблюдения 6-8 месяцев).

Выводы. Разработан новый персонализированный подход к лечению стенозов преддверия носа с применением трехмерной печати биосовместимыми материалами. Существенных побочных эффектов применение напечатанных стентов не имело. Планируется расширение клинической группы исследования.

**ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА:
ПЕРСПЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА
С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРТЕРАПИИ**

**Крюков А. И.^{1,2}, Товмасян А.С.¹, Погонченкова И.В.³, Куликов А.Г.³, Филина Е.В.^{1*},
Артемяева-Карелова А.В.¹**

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

³ ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения города Москвы

*E-mail: ekaterinafilina_95@mail.ru

Введение. Хронический фарингит (ХФ) является одной из наиболее часто встречающихся патологий ротоглотки. Следует отметить, что из всех форм ХФ, наибольшее влияние на качество жизни пациентов отмечается при атрофическом фарингите (АФ). Многие из современных методов лечения не обеспечивают продолжительный эффект. В связи с этим, продолжается поиск наиболее эффективного и безопасного метода лечения АФ.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с АФ посредством применения озонотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии

Материалы и методы. Было обследовано 90 пациентов с АФ (М-47, Ж-43, средний возраст - 52.5 лет). Все пациенты случайным образом были разделены на три группы по 30 больных в зависимости от проведенного лечения АФ: группа I – полоскание ротоглотки растворами антисептиков, применение таблеток для рассасывания, группа II – лечение с применением озонотерапии (озонированное масло «Озонид»), группа III – лечение с применением озонотерапии и лазеротерапии. Продолжительность курса лечения у всех больных составила 8 процедур.

При обследовании пациентов проводили сбор анамнеза, осмотр ЛОР органов, контактную эндоскопию задней стенки глотки. Для оценки жалоб использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) от 0 до 5.

Результаты исследования. При проведении обследования у 27 пациентов (30%) были выявлены признаки ГЭРБ (в группе I – 9, в группе II – у 10, в группе III – у 8). Различия между группами статистически не значимы ($p=0,853$). Все пациенты с ГЭРБ были консультированы гастроэнтерологом, проводилась антирефлюксная терапия.

В группе I общий средний балл при оценке жалоб по ВАШ у пациентов до лечения составил 9.5 [7.0; 11.75]; после лечения – 9.0 [6.0; 11.0] баллов; в группах II и III до лечения – 9.0 [7.0; 12.0] и 9.0 [7.0; 11.0] баллов, соответственно, после лечения – 7.0 [5.0; 10.0] и 5.5 [4.0; 7.75] баллов, соответственно ($p < 0.001$). При оценке фарингоскопических признаков в группе I общий средний балл до лечения составил 6.0 [4.25; 7.0]; после лечения — 5.5 [4.0; 6.0] баллов; в группах II и III до лечения – 5.0 [4.25; 6.0] и 6.5 [5.0; 8.0], соответственно, после лечения – 3.0 [2.25; 4.0] и 4.0 [2.0; 5.0] баллов, соответственно ($p = 0.003$).

По данным контактной эндоскопии до проведения лечения у пациентов всех трех групп ($n=90$) отмечались признаки ишемии микроциркуляторного русла и нарушения перфузии слизистой оболочки задней стенки ротоглотки. После проведения лечения: в I группе положительная статистически значимая динамика отсутствовала; в группе II у 40% пациентов на единицу площади отмечалось увеличение на 20% количества функционирующих капилляров; в группе III у 60% пациентов на единицу площади отмечалось увеличение на 30% количества функционирующих капилляров. Полученные результаты свидетельствуют об улучшении микроциркуляции при воздействии озонотерапии и низкоинтенсивного лазерного излучения.

Все пациенты были консультированы неврологом, у 72% пациентов с АФ прицельное исследование мышц шеи позволило выявить триггерные точки в кивательных, трапециевидных, подзатылочных и двубрюшных мышцах.

Выводы. Лечение АФ с применением озонотерапии и лазеротерапии способствует снижению выраженности симптомов этого заболевания, данная методика характеризуется наличием противовоспалительного действия, положительным эффектом в отношении микроциркуляции слизистой оболочки задней стенки ротоглотки.

При включении консультации невролога в диагностический алгоритм при АФ дополнительным рычагом терапевтического воздействия может стать прицельное лечение выявляемого в высоком проценте случаев при пальпаторном исследовании миофасциального синдрома шейного уровня.

На основании полученных результатов, можно предположить, что с применением озонотерапии в сочетании с лазеротерапией открываются новые перспективы для патогенетически обоснованного и эффективного лечения.

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПРЕОПЕРАЦИОННЫХ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕРЕНИЙ УЧАСТКА ОССИФИКАЦИИ СПИРАЛЬНОГО КАНАЛА УЛИТКИ

**Кузовков В. Е., Лиленко А.С., Сугарова С.Б., Танасчишина В.А., Харитонов П.Р.,
Корнева Ю.С., Лунтовская П.А.***

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

*E-mail: luntovskaypolina@gmail.com

Введение. Кохлеарная имплантация является высокотехнологичным методом реабилитации пациентов с прогрессирующей сенсоневральной тугоухостью высокой степени. Оссификация спирального канала улитки больше не считается хирургическим противопоказанием при кохлеарной имплантации (КИ). Однако проведение хирургического этапа КИ у пациентов с наличием оссификации спирального канала улитки может сопровождаться рядом трудностей. Обтурация спирального канала улитки и изменения ее микроструктур могут оказывать влияние на перспективу дальнейшей реабилитации.

Золотым стандартом в диагностики оссификации улитки является компьютерная томография (КТ) височных костей.

Несмотря на существование современных визуализационных методов исследования с высоким уровнем качества до сих пор встречаются расхождения в оценке протяженности участка оссификации нисходящего сегмента базального завитка по данным КТ височных костей, выполненной на предоперационном этапе, и результатами интраоперационной оценки длины фрагмента оссификации спирального канала улитки.

Цель исследования. Сравнение данных предоперационных и интраоперационных измерений протяженности участка оссификации спирального канала улитки у пациентов с приобретенной патологией внутреннего уха.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов, прооперированных в ФГБУ «СПБ НИИ ЛОР» Минздрава России с 2021 г. по 2023 г. с двусторонней хронической сенсоневральной тугоухостью IV степени и оссификацией или ремоделированием спирального завитка улитки.

Всем пациентам проводилась КТ височных костей не более чем за 14 дней до оперативного вмешательства, и во всех случаях выполнялась интраоперационная оценка длины оссификации, которая производилась с помощью специально разработанного гибкого измерителя с ценой деления 0,5 мм и максимально откалиброванной длиной 10 мм. При использовании измерителя за проксимальную точку отсчета фрагмента оссификации принималась передняя часть кольца, фиксирующего оссифицированную мембрану окна улитки.

Результаты. Максимальное расхождение между данными, полученными на предоперационном этапе и интраоперационном измерении оссифицирующего участка базального завитка улитки, составило 3,5 мм.

Среднее расхождение между предоперационными измерениями оссификации базального завитка улитки и интраоперационной оценкой длины оссификации при помощи измерителя составило 0,54 мм. Особую значимость это приобретает при удалении фрагмента оссификации базального завитка улитки более 8 мм, т.к. в области поворота из нисходящего в восходящий сегмент базального завитка при работе в этой области борами возникает риск повреждения модиолуса и внутренней сонной артерии.

У 5 пациентов на предоперационном этапе выявили длину оссификации менее 8 мм, а в ходе оперативного вмешательства при помощи специального гибкого измерителя длина оссификации превышала 8 мм.

Выводы:

1. Среднее расхождение данных между предоперационными измерениями оссификации базального завитка улитки и интраоперационной оценкой длины оссификации при помощи измерителя составило 0,54 мм, что указывает на достаточно выраженную корреляцию между вышеуказанными методиками измерения.

2. Несмотря на наличие незначительных расхождений между предоперационными и интраоперационными данными они могут приобретать важное клиническое значение особенно в случаях, когда необходимо работать в области поворота базального завитка из нисходящей в восходящую часть, когда оссификация по данным предоперационных измерений не превышает 8 мм, а в ходе хирургического этапа КИ выявляется облитерация более 8 мм.

3. Использование специального измерителя позволяет минимизировать интраоперационные риски такие как повреждение модиолуса и внутренней сонной артерии.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ВЕСТИБУЛОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА, ВЕСТИБУЛЯРНОЙ МИГРЕНЬЮ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

Кунельская Н.Л.^{1,2}, Заоева З.О.¹, Байбакова Е.В.¹, Чугунова М.А.¹, Ревазишвили С.Д.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С.Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

Введение. Мимикрия проявлений вестибулярной мигрени (ВМ) под клиническую картину болезни Меньера (БМ) обуславливает необходимость и сложность их дифференциальной диагностики. Дополнительным обстоятельством, которое еще больше запутывает клинициста, служит их частое сочетание, которое требует от врача более глубокого погружения в детали анамнеза и анализ результатов комплексного обследования пациентов.

Цель исследования. Оптимизация дифференциально-диагностического алгоритма при БМ, ВМ и их сочетании.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ «НИКИО имени Л.И.Свержевского» за период с января 2023 по май 2024 гг. было обследовано 117 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет (мужчин 33, 28%, женщин 84, 72%), которые по результатам комплексного обследования были разделены на 3 группы:

I группа (n=50) – с достоверной БМ (в соответствии критериям Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи 1995 г., модифицированными в 2015 г. Обществом Барани);

II группа (n=35) – с достоверной ВМ (согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра, 2013 г., бета-версии);

III группа (n=32) – с сочетанием БМ и ВМ.

Критерии включения: анамнез заболевания на протяжении от 2 до 15 лет, развернутая клиническая картина кохлеовестибулярных нарушений, тимпанограммы типа «А» с 2 сторон.

Критерии исключения: смешанная, кондуктивная тугоухость, наследственные формы нейросенсорной тугоухости, III стадия БМ.

Всем пациентам в межприступном периоде проведено комплексное аудиологическое, вестибулологическое, отоневрологическое, общеклиническое обследование, использовались дополнительные методы нейровизуализации (КТ височных костей, МРТ головного мозга и внутренних слуховых проходов). Приведен сравнительный анализ результатов комплексного

вестибулологического обследования всех больных: оценка спонтанного и позиционного нистагмов; тест встряхивания головы (ТВГ); глаздвигательные тесты - оценка саккад, плавного слежения, оптокинеза; видеоимпульсный тест (vНIT); битермальный калорический тест (температура воздуха 26° и 48°); позиционные пробы - пробы Дикс-Холлпайка, МакКлюра-Пагнини.

Результаты. I группа (n=50). Скрытый горизонтальный нистагм – в 46% (n=23), нистагм не выявлен – в 54% (n=27), положительный тест встряхивания головы (ТВГ) – в 64% (n=32), глаздвигательные реакции (плавное слежение, тест саккад, оптокинез) не изменены – в 100% (n=50). Калорический тест выявил клинически значимую одностороннюю периферическую гипofункцию в 78% (n=39) случаев, средний показатель коэффициента асимметрии (КАСЛ) – 38,94%, средний показатель скорости медленной фазы (СМФ) нистагма – 36,17°/с, переносимость теста удовлетворительная – в 100% (n=50) случаев. Сохранение вестибулоокулярного рефлекса (ВОР) – в 100% (n=50), согласно результатам vНIT средний gain горизонтального полукружного канала (ГПК) на 60 мс справа – 0,88, слева – 0.86. Пробы на ДППГ отрицательные – в 100% (n=50) случаев: не сопровождались субъективным ощущением головокружения, позиционный нистагм не выявлен.

II группа (n=35). Скрытый вертикальный спонтанный нистагм – в 40% (n=14), горизонтальный нистагм – в 23% (n=8), не выявлен – в 37% (n=13); положительный ТВГ – в 26% (n=9). Нарушение в тесте саккад или саккадическое плавное слежение – в 11% (n=4); плохая переносимость оптокинеза (выраженные вегетативные проявления, ощущение «предприступного» состояния на скорости подачи оптокинетического стимула 35°/с – в 54% (n=19). Клинически значимая гипofункция лабиринта пораженного уха в калорическом тесте получена в 23% (n=8) случаев, средний показатель КАСЛ в данной группе – 14,59%, средний показатель СМФ нистагма – 59,24°/с; выраженные вегетативные симптомы сопровождали проведение калорического теста в 63% (n=22) случаев. vНIT не выявил нарушений ВОР в 100% (n=35), gain ГПК на 60 мс справа – 0,96, слева – 0.97. Позиционные пробы исключили сопутствующее ДППГ, однако развитие атипичного для ДППГ нистагма при проведении позиционных проб зафиксировано в 46% (n=16) случаев.

III группа (n=32). Скрытый горизонтальный спонтанный нистагм – в 44% (n=14), вертикальный нистагм – в 25% (n=8), не зарегистрирован – в 31% (n=10); положительный ТВГ – в 59% (n=19). Отклонения в тесте саккад и плавного слежения – в 6% (n=2); оптокинетическая стимуляция спровоцировала вегетативные проявления – в 53% (n=17) случаев. По данным калорического теста в 66% (n=21) случаев зарегистрирована клинически значимая односторонняя гипofункция лабиринта, средний показатель КАСЛ в группе составил 42,34%, средний показатель СМФ нистагма – 26,14°/с; в 22% (n=7) случаев калорическая проба потенцировала озноб, обильное

потоотделение, тошноту. vНПГ с сохранением ВОР – в 100% (n=32), gain ГПК на 60 мс справа – 0,81, слева – 0.82. При проведении позиционных тестов признаков ДППГ не выявлено в 100% (n=32) случаев, атипичный для ДППГ позиционный нистагм, сопровождавшийся ощущением головокружения, получен в 34% (n=11).

Выводы:

1. Нарушение вестибулярной функции при БМ происходит по периферическому типу (скрытый спонтанный горизонтальный нистагм, усиливающийся в ТВГ, асимметричные реакции в калорическом тесте со значимой гипофункцией лабиринта с пораженной стороны); при ВМ – по смешанному типу с преобладанием центральных механизмов (преобладание спонтанного или спровоцированного в ТВГ скрытого вертикального нистагма, отклонения в глазодвигательных тестах, в большинстве случаев, симметричные, выраженные реакции в калорическом тесте, влияние позы на глазодвигательные связи). При сочетании БМ и ВМ выражено влияние как центральных, так и периферических вестибулярных структур.

2. Чем выше значение КАСЛ в калорическом тесте, тем большая вероятность наличия у больного БМ, как изолированного, так и в сочетании с ВМ.

3. Выраженные вегетативные реакции в ответ на оптокинетическую и калорическую стимуляцию, высокие показатели скорости медленной фазы нистагма в калорическом тесте наиболее характерны для ВМ.

4. Выявление нистагма, не соответствующего плоскости исследуемого полукружного канала в позиционных тестах, может трактоваться как проявление центрального позиционного синдрома при ВМ, в т.ч. при ее сочетании с БМ.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

**Кунельская Н.Л.^{1,2}, Заоева З.О.¹, Янюшкина Е.С.¹, Байбакова Е.В.¹,
Чугунова М.А.¹, Васильченко Н.И.¹, Никиткина Я.Ю.¹**

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Кафедра оториноларингологии им. ак. Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Введение. В последние годы в мировой практике широко обсуждается возможность и эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в качестве моно- или

комплексной терапии при различных состояниях, в частности, при субъективном ушном шуме (СУШ), нарушении толерантности к звукам, синдроме «кома в горле», хронической боли, расстройствах сна, посттравматическом стрессовом расстройстве, депрессии и др. В ряде случаев, пациенты, страдающие болезнью Меньера (БМ), связывают возникновение заболевания и/или провокацию приступа головокружения со стрессовой ситуацией, отмечают изменение СУШ перед приступом головокружения и/или на фоне стрессовых ситуаций, в связи с чем, в подавляющем большинстве случаев, используют охранительный режим, в том числе при изменении СУШ.

Цель исследования. Оценить предварительные результаты применения методик КПТ (когнитивно-поведенческая коррекция) при БМ.

Материалы и методы. В исследование включено 10 больных БМ согласно критериям EAONO (2015 г.), односторонним поражением. Средний возраст больных составил $52,6 \pm 3,8$ лет, длительность заболевания – $3,2 \pm 1,8$ лет. Основными критериями включения больных в исследование были: легкая или умеренно-тяжелая степень выраженности СУШ согласно визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и шкале Tinnitus Handicap Inventory (ТНІ), отсутствие показаний к хирургическому лечению БМ, указания на провоцируемость приступа головокружения стрессовой ситуацией в анамнезе, отсутствие признаков или субклинически выраженная тревога и отсутствие признаков или субклинически выраженная депрессия по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), отсутствие опыта применения психотропных препаратов, обращений к психотерапевту/психиатру. Всем пациентам проводили консервативную дегидратационную терапию, консультирование с разъяснением современных представлений о патогенезе тугоухости, СУШ, приступа головокружения, а также – обучение стратегиям «мышечной релаксации», «контролируемого дыхания», «переключения внимания», «выявления и реструктуризации неадаптивных негативных мыслей», в том числе, при стрессовой ситуации.

Результаты. Все пациенты в динамике (срок наблюдения 3 месяца) отметили уменьшение выраженности СУШ, согласно ВАШ на $2,3 \pm 0,6$ балла, ТНІ – на $6,8 \pm 1,3$ балла, тревоги на $1,2 \pm 0,4$ балла, отсутствие приступа головокружения при возникновении стрессовой ситуации.

Выводы. Когнитивно-поведенческая терапия при болезни Меньера, согласно нашим предварительным данным, является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТРЕТЬЕГО ПОДВИЖНОГО ОКНА

Лазарева Л.А.^{1*}, Коваленко С.Л.^{1,4}, Азаматова С.А.^{2,3}

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»,

Медицинский институт

³ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница»

⁴ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 1 города Краснодара» Минздрава Краснодарского края

*E-mail: larisa_lazareva@mail.ru

Введение. Синдром или феномен третьего подвижного окна представляет собой патологию, изучение которой в настоящее время является одним из направлений современной отиатрии. Клинически наиболее полно охарактеризованным является расхождение верхнего полукружного канала – болезнь или синдром Минора. Но в настоящее время в синдроме третьего подвижного (мобильного) окна присутствуют и другие множественные аномалии внутреннего уха, а именно – расхождения улитки и лицевого нерва, внутренней сонной артерии, внутреннего слухового прохода, ампулы латерального и заднего полукружного каналов, луковицы яремной вены а так же посттравматические нарушения медиальной стенки барабанной полости (P. Ashley Wackym, Yuri Agrawal, Tetsuo Ikezono and Carey D. Valaban, 2022).

КТ-диагностика в сочетании с клиническими симптомами и функциональными нарушениями, характерными для данной патологии, позволяют достаточно точно выделить данный контингент пациентов из числа больных с кохлео-вестибулярными нарушениями, но остается проблематичным вопрос выбора лечебной тактики (оперативное вмешательство или консервативное наблюдение), реабилитационных и профилактических мероприятий.

Цель исследования. Формирование комплекса диагностических критериев оценки пациентов с синдромом третьего подвижного окна в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 9 пациентов, которым на основании клинических проявлений и детального КТ-исследования височной кости был поставлен диагноз болезни Минора. Диагностический оценочный комплекс содержал функциональное исследование слуха (тональная пороговая аудиометрия в диапазоне 125-16тГц), постурологическое исследование, тесты MoCA и Morse Fall Scale (шкала падений), а

также Шкалу самооценки Спилберга-Ханина с определением уровня личностной и реактивной тревожности. Длительность наблюдений составляла 15,6±8 месяцев.

Объем лечебных и реабилитационных мероприятий включал длительный прием бетагистина 48 мг/сутки (начальный курс 6 месяцев, затем по 3 месяца 2 раза в год), разработанный комплекс вестибулярной гимнастики в сочетании с рекомендациями по образу жизни, а так же психоэмоциональной и физической нагрузке.

Результаты. В результате длительного наблюдения за пациентами с Феноменом третьего подвижного окна у всех были получены положительные клинические результаты, оцениваемые по истечению года наблюдений. Наиболее информативными показателями, отражающими клинические проявления заболевания, были данные стабилотрии (площадь и длина стабิโลграммы), которые в процессе наблюдений демонстрировали улучшение значений, приближающееся к возрастной норме у практически всех пациентов. Аналогичные данные были получены при анализе балльной оценки МоСА-теста, шкалы падений Morse и уровня личностной тревожности Спилберга-Ханина. Показатели функционального исследования слуховой функции у всех пациентов оставались неизменными.

Выводы. Проведенное исследование лечебно-диагностических критериев при синдроме третьего мобильного окна не является основополагающим, но позволяет формировать оптимальный комплекс мероприятий, приемлемый для реализации оториноларингологами и сурдологами в амбулаторно-поликлинических условиях.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВСЛЕДСТВИИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМАМ У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Лазарева Л.А.^{1*}, Сущева Н.А.²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

²Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Краснодарскому краю»

*E-mail: larisa_lazareva@mail.ru

Введение. В современном мире достаточно актуальным остается разработка мероприятий по оказанию медицинской помощи при минно-взрывных травмах. Этот факт, к сожалению, имеет отношение не только к военнослужащим, выполняющим свои профессиональные обязанности, но и к гражданским лицам. Основным оружием, применяемым террористами в последние годы, являются бомбы и другие взрывчатые вещества, где наряду с повреждающим объемным воздействием поражающего осколочного

или осколочно-фугасного фактора, наблюдается непосредственное воздействие на слуховой анализатор (Миронов В.Г., Григорьев С.Г., Евдокимов В.И., Гаврилов Е.К., 2015).

Военно-медицинские службы многих стран, в том числе и Российской Федерации, за последние годы накопили значительный опыт в оказании первичной помощи при поражении слухового анализатора после минно-взрывных травм. Разработана система лечебных и реабилитационных мероприятий при травматическом повреждении структур среднего и внутреннего уха, на ранних этапах оказания помощи раненым и больным сформирована тактика действия врачебного состава (Янов Ю.К., 2014, 2020; Ванина В.П., Сарафанова Е.А, 2015).

Цель исследования. Проведение ретроспективного анализа сопутствующей патологии в корреляции с показателями, характеризующими изменения в слуховом анализаторе, у сотрудников УМВД России по Краснодарскому краю, участвовавших в локальных военных конфликтах 2000-2002 гг. и имевших повреждение слухового анализатора вследствие минно-взрывных травм.

Материалы и методы. Исследование было проведено по данным статистического материала, медицинской документации и амбулаторных карт. Согласие пациентов на обработку данных было получено в каждом конкретном случае. Возраст пациентов находился в среднем диапазоне 39-44 года ($41,2 \pm 0,9$), основными представителями являлись лица мужского пола (93,5%).

Проанализирована медицинская документация 57 пациентов с минно-взрывными травмами, полученными при выполнении профессиональных обязанностей в среднем с анамнезом $16,7 \pm 1,3$ года (группа А), 40 пациентов с аналогичным стажем службы в схожих подразделениях, но не подвергавшимся травмам со стороны слухового анализатора (группа В). Функциональные изменения в слуховом анализаторе оценивались по данным акуметрии и тональной пороговой аудиометрии в диапазоне 125-10000Гц.

Результаты. По результатам проведенного анализа прогрессивных изменений в слуховом анализаторе у пациентов группы А с минно-взрывными травмами в анамнезе за истекший период зафиксировано повышение порогов восприятия звуков в год во всем диапазоне частот тональной аудиометрии на $2,5 \pm 0,3$ дБ в год, в основном за счет высоких частот от 4000 до 10000Гц, на диапазоне разговорных частот прирост порогов составил $1,5 \pm 0,2$ дБ. В контрольной группе больных (группа В) соответственно средний прирост порогов составил соответственно $0,5 \pm 0,2$ дБ и $0,4 \pm 0,2$ дБ в год, что может соответствовать физиологическим нормам.

При анализе сопутствующей общесоматической патологии у пациентов, имевших в анамнезе минно-взрывные травмы, были зафиксированы заболевания сердечно-сосудистой

системы у 100%: гипертоническая болезнь 1-4стadium у 40 пациентов (70,2%), нейроциркуляторная дистония (НЦД) по смешанному типу у 14 пациентов (24,6%), НЦД по гипотоническому типу у 1 пациента (1,8%). Кроме того, по результатам тестирования психоорганическое расстройство с прогрессированием когнитивных расстройств в группе А было выявлено у 2 пациентов (3,5%). Анализ сопутствующей патологии ЦНС выявил следующие данные в группе пациентов с минно-взрывными травмами в анамнезе: дисциркуляторная энцефалопатия 1-3 степени диагностирована у 42 пациентов (73,7%), ликворные динамические кризы – у 29 пациентов (50,9%), астено-невротический синдром – у 39 пациентов (68,4%), остеохондроз у 34 пациентов (59,4%), хроническая посттравматическая головная боль – у 6 пациентов (10,5%). В этой группе офтальмологические изменения (частичная нисходящая атрофия зрительного нерва с одной или двух сторон, диплопия, ангиопатия сетчатки) выявлена у 49 пациентов (85,9%). В группе контроля сопутствующая патология встречалась в 5,6% и в 4,7% случаев соответственно.

Выводы. Следовательно, у пациентов перенёвшие минно-взрывные травмы после развития посттравматического синдрома имеется комплекс неврологических и общесоматических осложнений, которые впоследствии оказывают негативное влияние на орган слуха. Диспансеризация таких больных должна включать не только профилактическое наблюдение оториноларингологов и сурдологов, но и быть акцентирована на лечебные и реабилитационные мероприятия со стороны других специалистов.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПРОТИВОВИРУСНОЙ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ НОСА И НОСОГЛОТКИ

Лиознов Д.А.¹, Штро А.А.¹, Селезнев К.Г.², Накатис Я.А.³

¹ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Донской государственный медицинский университет им. М.Горького»
Минздрава России

³ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г. Соколова ФМБА
России»

*E-mail: kostya.gs56@gmail.com

Респираторные вирусы являются причиной ежегодных эпидемий, наносящих существенный экономический, социальный и медицинский ущерб человеческой популяции. Кроме этого, актуальность проблемы эпидемий респираторных заболеваний и в 21 веке обуславливается уникальной мутацией вирусов, которые постоянно изменяют свою структуру.

По этой причине состав вакцин против гриппа ежегодно обновляется в соответствии с рекомендациями ВОЗ, каждый год выпускается новая вакцина для защиты от вируса, который, скорее всего, станет причиной эпидемии в этом году. И, как показал опыт прошедшей пандемии COVID-19, максимальный упор в борьбе с эпидемиями респираторных инфекционных заболеваний делается на разработку специфических методов профилактики (вакцинации и воздействия на отдельные звенья системного иммунного ответа).

Однако, столь высокая актуальность эпидемий респираторных инфекций диктует необходимость комплексного подхода к их профилактике, включающего весь арсенал методов и средств воздействия на организм человека. Разработаны и описаны многочисленные способы протективного воздействия на слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Однако, в доступной литературе отсутствуют сведения о количественной оценке этих методов.

Нами проведено клиническое и экспериментальное исследование противовирусной барьерной функции полости носа и носоглотки, которому впервые дана количественная оценка. Объектом исследования послужили 40 клинически здоровых пациентов в период эпидемии гриппа и 200 мышей при экспериментальном заражении летальной гриппозной пневмонией (адаптированным вирусом гриппа А H1N1 pdm09 – введение двух 50% летальных доз).

В клиническом исследовании изучали в динамике состояние дыхательной и секреторной функций носа, скорость мукоцилиарного транспорта и активность мукоцилиарной системы по фациям назального секрета, полученным методом клиновидной дегидратации. В эксперименте оценку эффективности примененных методов воздействия проводили по динамике смертности животных и динамике их веса при строго дозированной вирусной нагрузке.

В ходе исследования полость носа и носоглотки обрабатывали разными солевыми растворами, с разной температурой и разным интервалом проведения процедуры. Примененные методы позволили снизить заболеваемость в исследуемой группе пациентов на 29%. Однако, в связи с неоднородностью и множеством социальных факторов воздействия (разные условия и стиль жизни в период исследования) полностью объективная оценка и трактовка результатов была затруднена.

В эксперименте, где параметр однородности полностью сохраняется, в двух группах мышей показатели выживаемости оказались повышенными на 21% и 26% по сравнению с группой контроля. Показатели потери веса в этих группах также свидетельствовали об эффективности проводимых мероприятий (5% и 9% по сравнению с 15% в контроле).

Выводы:

1. Впервые разработан и применен метод количественной оценки барьерной противовирусной функции носа и носоглотки.

2. Примененный способ неспецифического воздействия на слизистую оболочку полости носа и носоглотки повышает выживаемость экспериментальных животных в модели гриппозной инфекции при высокой вирусной нагрузке

3. Полученные предварительные результаты представляются перспективными для разработки эффективного и при этом экономичного, неинвазивного и неспецифического способа повышения противовирусной защиты человека.

КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ОЦЕНКА СЛУХОВЫХ И НЕ СЛУХОВЫХ ФУНКЦИЙ

**Луппов Д.С.^{1*}, Сугарова С.Б.¹, Кузовков В.Е.¹, Лиленко С.В.^{1,2}, Лиленко А.С.¹,
Корнева Ю.С.¹, Харитонова П.Р.¹**

¹ФБГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

²ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России

*E-mail: dmitryluppov.ent@gmail.com

Введение. Демографическая ситуация во всем мире характеризуется неуклонным старением населения, что определяет изучение проблем лечения и диагностики заболеваний и состояний, ассоциированных с возрастом. Одними из наиболее распространенных возраст-ассоциированных состояний являются: когнитивные нарушения, нарушения слуха, депрессия. Исследователями было выявлено, что слух является наиболее значимым модифицируемым фактором риска деменции. Кроме того, опубликован ряд исследований, демонстрирующих взаимосвязь нарушения слуха и развития депрессии. Для пациентов пожилого и старческого возраста с глубоким нарушением слуховой функции одним из основных способов реабилитации является кохлеарная имплантация.

Цель исследования. Оценить реабилитационный потенциал кохлеарной имплантации в отношении когнитивной функции у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В рамках проспективного исследования отобрано 50 пациентов, кандидатов на кохлеарную имплантацию, средний возраст которых на момент начала исследования составил $62,6 \pm 6,3$ лет. Оценка когнитивной функции осуществлялась при помощи тестов RBANS-H, HI-MoCA, оценка качества звука тестом HISQUI₁₉, оценка уровня депрессии и тревожности тестом HADS. Исследования проводились до оперативного вмешательства, а также через 6 и 12 месяцев после активации кохлеарного импланта. Пациенты были разделены на группы по уровню остаточного слуха путем проведения тональной пороговой аудиометрии.

Результаты. При проведении тональной пороговой аудиометрии пациенты были разделены на 2 группы: I группа (31 пациент) – без остаточного слуха, II группа (19 пациентов) – с остаточным слухом. В обеих исследуемых группах наблюдалось улучшение показателей когнитивной функции ($p < 0,05$), снижение уровня депрессии и тревожности ($p < 0,05$), а также улучшение качества звука ($p < 0,001$).

Выводы. Кохлеарная имплантация, как способ реабилитации глубоких нарушений слуховой функции у пациентов пожилого и старческого возраста, показала свою высокую эффективность, а также положительную корреляцию в отношении когнитивной функции, и отрицательную корреляцию с уровнем депрессии и тревожности в послеоперационном периоде независимо от уровня остаточного слуха

Ключевые слова: снижение слуха, кохлеарная имплантация, когнитивная функция, деменция, пожилые пациенты, пациенты старческого возраста, сенсоневральная тугоухость, HI-MoCA, RBANS-H, остаточный слух.

РАДИОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Лысенко А.В., Яременко А.И., Петров Н.Л., Верещагина Е.А.*

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

*E-mail: lysenko.anna@mail.ru

Автоматизированный количественный анализ радиографического фенотипирования относится к современным цифровым методам исследования и позволяет проводить дифференциальную диагностику различных патологических состояний челюстно-лицевой области. Ультразвуковое исследование является одним из наиболее широко используемых методов визуализации во всем мире. Благодаря безопасности, невысокой стоимости и легкодоступности, в том числе в развивающихся странах, оно широко используется в качестве неинвазивного метода диагностики и последующего наблюдения в различных областях применения.

Цель исследования. Оценить возможности радиомического анализа ультразвуковых изображений в дифференциальной диагностике объемных образований челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Обзор литературы, результаты обследования 77 пациентов с различными патологическими состояниями челюстно-лицевой области от 25 до 72 лет, 56 женщин и 21 мужчина, статистический анализ полученных результатов.

Результаты. По данным обзора литературы в 2021 году Loïc Duron и др. доказали возможность применения радиомического анализа ультразвуковых изображений для диагностики патологических состояний головы и шеи.

Наиболее частыми случаями из 77 были новообразования (плеоморфная аденома) (n=29; 78,39%) и кисты (n=8; 21,62%) больших слюнных желез. Полученные ультразвуковые изображения подвергались ручной сегментации, затем количественному анализу в программе Slicer 5.6.1, в результате чего были рассчитаны радиомические признаки (n=120), представленные цифровыми значениями. Проведенный анализ методом главных компонент подтвердил наличие радиомических признаков, характерных только для одного диагноза. Далее были отобраны признаки (n=50) с коэффициентом повторяемости ниже 1. Из них 5 радиомических признаков были характерны только для одного диагноза, что может быть интерпретировано как потенциальный биомаркер визуализации данных нозологий. Оставшиеся 45 признаков были характерны для обоих диагнозов, но различия цифровых значений между ними оказались статистически незначимыми (p-значение = 0,72; уровень значимости $\alpha = 0,05$). Следовательно, эти данные не могли быть использованы в качестве потенциальных биомаркеров визуализации.

Выводы. Выявлено 5 потенциальных биомаркеров визуализации для диагностики новообразований и кист больших слюнных желез (Original Glcm JointAverage, Original Glcm SumEntropy, Original Glrlm RunEntropy, Original Glszm GreyLevelNonUniformityNormalized, Original Glszm GreyLevelVariance). Необходимы дальнейшие исследования для получения большего объема данных и расширений возможностей дифференцирования остальных патологий челюстно-лицевой области. Диагностическая модель радиомики позволяет выполнить неинвазивную цифровую биопсию новообразования, что будет способствовать правильной маршрутизации пациента и выбрать оптимальный метод лечения.

РИНОФИМА. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Магомедов М.У.*, Егоров В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт

им. М.Ф. Владимирского»

*E-mail: mmu.med@mail.ru

Введение. Ринофима, как инфильтративно-продуктивная стадия розацеа, вызывающая разрастание и гипертрофию элементов кожи носа, до настоящего времени остается актуальной проблемой оториноларингологии (Rainer В. М., 2015). Причиной запущенности данной патологии выступает страх перед оперативным лечением и боязнь послеоперационных

осложнений Единственным высокоэффективным методом лечения ринофимы остается хирургическое удаление патологически измененной ткани наружного носа. Современные приоритеты в лечении ринофимы отдаются таким методикам хирургического лечения, при которых возможна самопроизвольная реэпидермизация раневой поверхности, что демонстрирует оптимальный косметический результат. Одним из перспективных хирургических методов лечения ринофимы является применение холодной плазмы – коблации. Малая толщина плазменного слоя дает возможность точно дозировать воздействие и тщательно рассчитывать объем рассекаемой или удаляемой ткани, т.е. вмешательство происходит без термического повреждения окружающих тканей. Воздушно-плазменная терапия газообразным NO способствует усилению регенеративных процессов, что позволяет повысить эффективность хирургического вмешательства и достичь более стабильных анатомических и косметических результатов. Однако сведений о лечении пациентов с ринофимой с применением NO-терапии в послеоперационном периоде не обнаружено в отечественной и в зарубежной литературе, что объясняет актуальность нашего исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ринофимой за счет применения NO-терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Пациенты распределены методом рандомизации на две группы. Медиана возраста участников исследования составила 64,5 (от 44 до 84) [54;73] лет. Медиана давности заболевания 5,5 (от 2 до 11) [5;7] лет. Пациентам обеих групп было выполнено хирургическое вмешательство в 11 объеме удаления ринофимы холодноплазменным методом аппаратом Coblator II Surgery System фирмы Arthro Care. Активным электродом «EVac 70 Xtra IC» в режиме работы прибора «коблация». В основной группе помимо хирургического удаления ринофимы осуществляли NO-терапию (с помощью аппарата «ПЛАЗОН») на протяжении 180 секунд (всего 7 сеансов) в максимальном режиме (2500 ppt). С целью оценки качества регенерации тканей послеоперационной области измеряли уровень микроциркуляции в обеих группах. В обеих группах у пациентов проводилась оценка хирургического вмешательства и качества течения послеоперационного периода по специализированным шкалам и индексам. Также для оценки состояния микроциркуляции в послеоперационной области применяли лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ). Для оценки регенерации раневой поверхности использовали следующие шкалы и индексы: OSAS, PSAS, RHISI. Метод ЛДФ позволял оценить состояние микроциркуляции в области послеоперационного рубца, а именно показатели перфузии тканей. Шкала OSAS использовалась для оценки врачом степени регенерации тканей и формирования послеоперационного рубца. Шкала PSAS применялась для оценки состояния рубцов пациентом, где с ее помощью он оценивал цвет рубца, болезненность, зуд, жесткость рубцовой

ткани и т.д. Индекс RHIS1 применялся для определения степени выраженности ринофимы от визуально отсутствующих признаков патологии до ее гигантских размеров с наличием множества сальных желез и выраженной сосудистой сети.

Результаты и выводы. Применение NO-содержащего газового потока вызвало улучшение микроциркуляции тканей в области наружного носа. На 5 сутки после NO-терапии показатель микроциркуляции в основной группе составил $21,2 \pm 0,4$ пф.ед., что значимо больше ($p=0,034$) соответствующего показателя в контрольной группе - $20,0 \pm 0,35$ пф.ед. При изучении влияния экзогенного оксида азота на послеоперационную область выявлены статистически значимые улучшения всех звеньев регенерации тканей по результатам шкал PSAS и OSAS, что подтверждает целесообразность проведения NO-терапии после хирургического лечения ринофимы, а также дало возможность сформировать программы NO-терапии для данной категории пациентов. Разработанная методика NO-терапии, применяемая в первые 7 суток после хирургического удаления ринофимы, оказало положительное воздействие на состояние послеоперационной раны, формирование послеоперационного рубца, а также способствовало значительному ускорению процессов регенерации в послеоперационной области, что сократило сроки полной эпидермизации до 14 дней. При изучении как ближайших, так и отдаленных результатов лечения пациентов с ринофимой, получавших NO-терапию в послеоперационном периоде, было выявлено, что воздействие NO-содержащего газового потока в первые 7 суток после хирургического лечения ринофимы позволяют добиться более выраженного косметического эффекта и снизить риск рецидива заболевания. Площадь рубца на 30 сутки в основной группе составила 1 [1;2] балл, оценка внешнего вида рубца 1 [1;2] балл ($p<0.001$ и $p=0,026$ соответственно).

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Макарина-Кибак Л.Э., Агиевец Ю.М.*

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», Минск, Республика Беларусь

*E-mail: juliyal602@mail.ru

Введение. Тонзиллэктомия является одной из часто выполняемых операций в оториноларингологии [1]. Интраоперационные диссекции или электрокоагуляции могут сопровождаться повреждением языкоглоточного, язычного нервов, которые участвуют в определении и восприятии вкуса. Согласно исследованиям Heiser С. и его коллег, 32%

пациентов сообщили о нарушениях вкуса после тонзиллэктомии через 2 недели после операции и 8% пациентов – через 6 месяцев наблюдения. Чаще всего сообщалось о металлической и горькой парагевзии. Средние оценки вкусовых функций были значительно ниже через 2 недели после тонзиллэктомии и достигали дооперационных значений только спустя 6 месяцев после хирургического вмешательства [2]. Временные и постоянные вкусовые расстройства приводят к снижению качества жизни и изменениям веса [3,4].

Цель исследования. Оценить результаты исследования вкусовой чувствительности у пациентов детского возраста после тонзиллэктомии в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов, проходивших хирургическое лечение (тонзиллэктомию) в РНПЦ оториноларингологии и УЗ «3-я городская детская клиническая больница» г. Минска, родители/законные представители которых дали согласие на участие детей в исследовании. Все пациенты соответствовали критериям включения. В исследование не включали лиц, у которых наблюдались нарушения вкусовой чувствительности до хирургического лечения. Оценка вкуса проводилась с помощью анкет-опросников, визуально-аналоговых шкал (ВАШ), а также пороговой густометрии (общей и регионарной) до тонзиллэктомии, через 5-7 дней, 1, 3, 6 месяцев после хирургического лечения. На группы пациенты делились ретроспективно с учетом результатов обследования в раннем послеоперационном периоде. Основным критерием отнесения пациентов в основную группу было снижение среднего балла распознавания вкуса по данным пороговой густометрии через 5-7 дней после тонзиллэктомии. Основную группу (пациенты с выявленными нарушениями вкусовой чувствительности) составили 24 пациента, группу сравнения (пациенты без нарушения вкусовой чувствительности) – 36 пациентов. Средний возраст пациентов основной группы составил $13,6 \pm 0,53$ лет, из них 17 девочек (70,8%), 7 мальчиков (29,2%). Средний возраст пациентов группы сравнения – $13,1 \pm 0,41$ лет, в том числе 20 девочек (55,6%), 16 мальчиков (44,4%).

Результаты исследования. По данным комплексного исследования вкусовой чувствительности у пациентов после перенесенной тонзиллэктомии установлено, что в раннем и позднем послеоперационном периодах основными типами нарушения вкусовой чувствительности являются гипогевзия (снижение вкусовой чувствительности), которая выявлена у 62,5% пациентов основной группы и парагевзия (изменение вкусовой чувствительности), которая установлена в 25% случаев в основной группе. В 3-х случаях (12,5%) пациенты не отмечали жалоб на снижение вкусовой чувствительности, однако по результатам пороговой густометрии у них определена гипогевзия. В раннем послеоперационном периоде снижение вкусовой чувствительности по данным пороговой

густометрии отмечено у 24 человек. У части пациентов (n=9) преходящее нарушение вкуса (до 1 месяца) вероятно связано с процессом заживления ран. Через 1 месяц у 15 пациентов выявлено нарушение вкусовой чувствительности (средний балл распознавания вкуса – $8,7 \pm 0,37$). Через 3 месяца обследование прошли 12 человек, у 5 выявлено снижение вкусовой чувствительности (средний балл распознавания вкуса – $8,8 \pm 0,17$). Через 6 месяцев обследовано 4 человека, у 3 выявлено снижение среднего балла распознавания вкуса до $9,0 \pm 0,57$.

Выводы. В ходе исследования установлено, что в большинстве случаев изменение вкусовой чувствительности после тонзиллэктомии имеет временный характер, однако в некоторых случаях данный вид осложнений может значительно влиять на качество жизни пациентов. Необходимо продолжить исследование, увеличив его продолжительность и число пациентов, чтобы сделать более достоверные выводы о динамике вкусовой чувствительности после удаления небных миндалин.

Список использованных источников:

1. Taste dysfunction after tonsillectomy: a meta-analysis / B.-Y. Kim [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2021. – Vol. 130, № 2. – P. 205–210.
2. Taste disturbance following tonsillectomy – a prospective study / C. Heiser [et al.] // Laryngoscope. – 2010. – Vol. 120, № 10. – P. 2119–2124.
3. Goins M.R., Pitovski D.Z. Posttonsillectomy taste distortion: a significant complication // J. Laryngoscope. – 2004. – Vol. 114, №7. – P. 1206–1213.
4. Jafari A., Alaei A., Ghods K. The etiologies and considerations of dysgeusia: a review of literature // J. Oral Biosci. – 2021. – Vol. 63, № 4. – P. 319–236.

ХИРУРГИЯ СРЕДНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК

Малышева О.Е.¹, Клименко К.Э.^{2,3}, Русецкий Ю.Ю.^{2,3}

¹ ООО «НК «АБИА», Санкт-Петербург

² Кафедра оториноларингологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

³ ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации

*E-mail: malysheva-oe@mail.ru

Введение. Существование анатомически аномальных вариантов строения средней носовой раковины (СНР) усложняет задачи оториноларинголога при проведении

хирургических вмешательств в полости носа и околоносовых пазухах (ОНП). Зачастую, несмотря на адекватно выполненную хирургическую санацию ОНП, возникает риск повторной облитерации среднего носового хода за счет латерализации СНР. Это наиболее частая причина неудач функциональной ринопластики, приводящая к рецидиву заболевания. В случае наличия анатомически измененной СНР и отказа от ее коррекции, в 78% случаев это вызовет последующую латерализацию СНР с обструкцией среднего носового хода.

Для предотвращения данных осложнений разработаны техники хирургической коррекции СНР. На сегодняшний день существует несколько вариантов вмешательств на СНР. Это – временная фиксация СНР хирургическим швом к носовой перегородке; целенаправленное повреждение слизистой оболочки между СНР и перегородкой (болгеризация); частичная резекция/полное удаление СНР и простая медиализация СНР.

Цель исследования. На основе данных литературы оценить эффективность различных методов хирургической коррекции СНР при проведении эндоскопических вмешательств в полости носа и ОНП.

Материалы и методы. Проведен обзор литературы по базам данных PubMed, UpToDate с применением ключевых слов «средняя носовая раковина», «хирургия средней носовой раковины», «резекция средней носовой раковины», «медиализация средней носовой раковины», «осложнения эндоскопической ринопластики». В обзор литературы было включено 38 статей, из них – 12 по дизайну.

Результаты и обсуждения. Согласно исследованиям, наибольшую эффективность (97%) отводится методике частичной или полной резекции СНР, на втором месте располагается транссептальная фиксация СНР (90-95%), за ней следует метод болгеризации (88-94%) и на последнем месте располагается медиализация СНР с эффективностью 51%.

Выводы. В результате проанализированной информации можно констатировать, что идеальной, высоко эффективной техники вмешательства на СНР не существует.

Выбор методики в значительной степени базируется на опыте хирурга. Тем не менее, коррекция анатомически измененной СНР при эндоскопических вмешательствах на ОНП представляет собой не альтернативный вариант, а является важным этапом эндоскопической ринопластики.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ КАНАЛОПЛАСТИКИ

Мамедова А.Д.*, Аникин И.А., Князев А.Д.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»

Минздрава России

*E-mail: aishat.mamedova97@mail.ru

Введение. Согласно Weerda, 50% пороков развития уха, горла и носа поражают ухо. Пороки развития наружного и среднего уха в основном поражают правую сторону (58-61%). Большинство из пороков (около 70-90%) являются односторонними, в 2,5 раза чаще поражая мужчин, чем женщин. Популяционная частота врождённых аномалий уха составляет 3,5:1000 новорожденных, при этом среди них наиболее часто встречается атрезия наружного слухового прохода.

Реконструктивные операции, проводимые с целью формирования наружного слухового прохода, являются технически сложными и не всегда успешными в связи с наличием анатомических особенностей, возможным развитием рестеноза наружного слухового прохода, латерализацией неотимпанальной мембраны в послеоперационном периоде. Наиболее часто встречающимся послеоперационным осложнением хирургической коррекции атрезии наружного слухового прохода является его рестенозирование. Сообщалось, что поздний рестеноз может возникать спустя 9 лет после операции и обычно является результатом продолжающегося воспаления в слуховом проходе. С меньшей частотой хирургические осложнения включают стойкую оторею и перфорации барабанной перепонки. По разным данным рестенозирование развивалось у 4-8% пациентов после каналоластики по поводу врожденной атрезии наружного слухового прохода. Важную роль в профилактике рецидива рубцового процесса играет возможность регулирования механизмов воспаления, естественно возникающего в процессе заживления.

В данной работе проведен ретро- и проспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с врождёнными аномалиями развития наружного и среднего уха.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2024 гг. на базе ФГБУ «Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи» Минздрава России находились на оперативном лечении 87 пациентов с врождёнными аномалиями развития наружного и среднего уха. Обследование пациентов включало: сбор жалоб и анамнеза, общеклиническое, оториноларингологическое, аудиологическое исследование, КТ

височных костей, КСВП, МРТ среднего уха в DWI режиме при наличии патологического содержимого височной кости, обнаруженного на КТ височных костей.

Результаты. Возрастной диапазон пациентов с врожденными аномалиями развития наружного и среднего уха варьировал от 3 до 54 лет. Средний возраст пациентов – $17 \pm 2,9$ лет. Среди пациентов женский пол составил 47 человек (54%), мужской пол – 40 человек (46%).

Пациенты с двусторонним поражением составили 29 (33%) человек, с односторонним поражением справа – 37 (43%) человек, слева – 21 (24%) человек.

Неблагоприятные исходы оперативного лечения наблюдались у 23 (26%) пациентов. Среди них приобретенная фиброзная атрезия наружного слухового прохода возникла у 14 (16%) пациентов после проведенного оперативного лечения, у одного из пациентов с развитием келоидного рубца больших размеров, полностью закрывающего просвет сформированного канала наружного слухового прохода, перфорация неотимпанальной мембраны у 2 (2%) пациентов, неполная эпидермизация трепанационной полости наблюдается у 2 (2%) пациентов, фиксация и дислокация протеза возникла у 4 (5%) пациентов, послеоперационный парез лицевого нерва возник у 1 (1%) пациента. Неблагоприятные исходы возникали в различные временные периоды, начиная с 6 месяцев до 5 лет после оперативного лечения. Основной причиной возникновения осложнений было отсутствие наблюдения пациентов в послеоперационном периоде.

Среди исследуемых пациентов пациенты с врожденной холестеатомой при врожденной атрезии наружного слухового прохода составили 10 (11%) человек. Средний возраст пациентов составил $12,5 \pm 5,0$ лет. Врожденная холестеатома при врожденной атрезии наружного слухового прохода располагалась в барабанной полости у 2 (2%) пациентов. Врожденная холестеатома при врожденной атрезии наружного слухового прохода располагалась между атретической пластинкой и гипоплазированной барабанной перепонкой у 6 (8%) пациентов. Врожденная холестеатома при врожденной атрезии наружного слухового прохода располагалась в толще атретической пластинки у 2 (2%) пациентов.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования за период 2014-2024 гг. выявлено, что наблюдение за пациентами с врожденными аномалиями развития наружного и среднего уха необходимо проводить в течение не менее 5 лет после операции в связи с возможным развитием отдаленных послеоперационных осложнений.

ГЕНЕТИЧЕСКИ-ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТУГОУХОСТЬ ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ

Маркова Т. Г., Цыганкова Е.Р., Кисина А.Г., Чибисова С.С., Бандура Ю. А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

E-mail: arshina@mail.ru

Введение. Молекулярно-генетические исследования в настоящее время стали все чаще использоваться в клинической практике, что способствует более глубокому пониманию генетического многообразия причин нарушения слуха у детей и взрослых. Значительный прогресс в выявлении генетических вариантов наследственной тугоухости достигнут в подтверждении наиболее часто встречающихся рецессивных форм несиндромальной тугоухости. Некоторые синдромальные формы тугоухости первоначально проявляются как несиндромальные, поскольку тугоухость может быть выявлена с рождения, а патология других органов появляется значительно позже. Данные расширенных генетических исследований у ряда пациентов с очевидной семейной историей тугоухости могут не обнаружить каких-либо патогенных вариантов, демонстрируя ограничения использованного метода. В таких случаях необходимо продолжать оптимизировать диагностический поиск генетических вариантов, являющихся причиной нарушения слуха.

Цель исследования. Оценить результаты аудиологической диагностики и генетического скрининга у детей с тугоухостью легкой и умеренной степени.

Материалы и методы. В работе использован анализ амбулаторных карт детей, состоящих на диспансерном учете в Городском детском консультативно-диагностическом сурдологическом центре с 2017 по 2023 гг. Было проанализировано 856 амбулаторных карт, из которых для исследования было отобрано 232 карты детей с установленной тугоухостью I или II степени. Был проведен ретроспективный анализ данных проведенных аудиологических исследований в объеме: тест отоакустической эмиссии, тимпанометрия, импедансометрия, тональная пороговая аудиометрия, Мульти-ASSR тест, регистрация коротколатентные слуховые вызванные потенциалы. Проведен анализ данных о направлении пациентов к врачу-генетику и результатов проведенных молекулярно-генетических исследований. Дети направлялись в Медико-генетический научный центр им акад. Н.П. Бочкова.

Результаты. В результате анализа данных аудиологического обследования 232 детей, имеющих тугоухость легкой или умеренной степени, выявлено 198 детей с двусторонней тугоухостью и 34 ребенка с односторонним нарушением слуха. В группе детей с двусторонней тугоухостью 95% (188/198) имели сенсоневральную тугоухость (СНТ) I или II степени, 3% – кондуктивную (7/198) и 2% (3/198) – смешанную тугоухость. В группе детей с односторонней

тугоухостью превалировало стойкое кондуктивное нарушение слуха – 73% (25/34), гораздо реже встречаются сенсоневральная и смешанная формы тугоухости, 18% (6/34) и 9% (3/34), соответственно.

В группе детей с двусторонней СНТ легкой или умеренной степени 62% (117/198) имели неотягощенный семейный анамнез, среди детей с отягощенным семейным анамнезом преобладали дети, имеющие родители и/или сибса с нарушением слуха – 30% (57/198), в меньшем количестве встречались нарушения слуха среди дальних родственников – 8% (14/198). В группе детей с односторонней кондуктивной тугоухостью, лишь двое имели отягощенный семейный анамнез среди дальних родственников, у остальных детей патологии слуха среди родственников не было. На консультацию врача генетика были направлены 86% детей (161/198) с двусторонней СНТ легкой или умеренной степени, небольшое число карт не содержало данных о направлении на консультацию к врачу-генетику и медико-генетическое исследование.

В результате проведенного анализа показано, что проконсультированы врачом-генетиком, полностью или частично прошли медико-генетическое исследование 46% детей (74/161), которым была рекомендована генетическая консультация. По результатам генетического исследования, мутации в гомозиготном и компаунд-гетерозиготном состоянии в гене *GJB2* были подтверждены у 45% обследованных (33/74), в гене *STRC* – у 13% (10/74), в гене *USH2A* – у 3% (2/74), другая генетическая патология – у 9% (7/74). Мутации в гене *GJB2* не были обнаружены у половины детей. В этой группе пациентам для выяснения причины тугоухости было рекомендовано секвенирование клинического или полного экзона.

В группе детей с односторонней кондуктивной тугоухостью менее половины пациентов (48%, 12/25) были направлены на консультацию к врачу-генетику. Полностью или частично прошли медико-генетическое исследование 36% детей (9/25). По результатам генетического обследования у детей, имеющих одностороннюю кондуктивную тугоухость, в большинстве случаев имели место синдромальные патологии, такие как синдром Гольденхара (2/9), Тричера-Коллинза (1/9), Таунса-Брокса (1/9), в 4/9 случаев генетическую природу заболевания не смогли ни подтвердить, ни опровергнуть. Стоит отметить, что все пациенты с двусторонней кондуктивной тугоухостью были направлены на консультацию к врачу-генетику и в большинстве случаев, была установлена синдромальная патология слуха.

Выводы. В группе детей с нарушением слуха легкой и умеренной степени генетические причины тугоухости установлены у 70% детей с двусторонней СНТ и у более половины детей с односторонней кондуктивной тугоухостью. Следует отметить, что при рекомендации консультации врача-генетика и генетического исследования, только половина семей обратились за консультацией врача-генетика и прошла обследование. Учитывая важность выяснения генетической причины тугоухости для последующей реабилитации

ребенка, прогноза течения заболевания и прогноза потомства, необходимы дополнительные усилия для информирования родителей детей, страдающих тугоухостью, о возможностях генетических методов исследования.

ВКЛАД ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ДИСФОНИЯМИ

Махоткина Н.Н.^{1,2*}, Степанова Ю.Е.¹, Готовяхина Т.В.¹

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова» Минздрава России

mahotkinanina1@rambler.ru

Введение. В настоящее время необходимость включения в клинические рекомендации по лечению различных патологий голосового аппарата только физических методов с доказанной эффективностью заставляет физиотерапевтов и врачей физической и реабилитационной медицины более тщательно и объективно анализировать выраженность лечебных эффектов различных физических факторов и эффективность проводимого лечения с использованием физиотерапии.

Цель исследования. Определение вклада физиотерапевтических методов в эффективность лечения пациентов с функциональными и органическими дисфониями.

Материалы и методы. На основании данных фониатрического отделения «СПб НИИ ЛОР» был проведен анализ комплексного лечения 98 пациентов. По характеру патологии голосового аппарата все пациенты были разделены на две группы: первая – с функциональной дисфонией (гипотонусная дисфония) составила 50 человек, вторая – с органической дисфонией (односторонний периферический парез гортани) – 48 человек. В обеих группах пациенты были разделены на подгруппы наблюдения и сравнения, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания, проводимой предшествующей терапии и тяжести состояния. Критериями включения в исследования были наличие одностороннего пареза гортани или гипотонусной дисфонии, отсутствие противопоказаний к физиотерапии (низкочастотной электротерапии, низкочастотной магнитотерапии). Все пациенты получали комплексное лечение дисфонии включающее медикаментозное лечение по показаниям и фонопедию. В подгруппах наблюдения применяли низкочастотную электротерапию (нейромышечную электрофонопедическую стимуляцию или диадинамотерапию, а также низкочастотную магнитотерапию переменным магнитным полем). Оценка результатов лечения проводилась

объективными методами: видеоларингостробоскопией и компьютерным анализом голоса. А также анализировали субъективную оценку пациентов характера жалоб и результатов лечения. Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета программ Statistica for Windows. Для создания базы данных и предварительной обработки результатов использовали Microsoft Excel-2019.

Результаты. До начала лечения не было выявлено достоверных различий между подгруппами наблюдения и сравнения в обеих группах ни по выраженности жалоб, ни по визуальной оценке состоянию гортани и параметрам вибраторного цикла, ни по показателям акустического анализа голоса. Через месяц после начала комплексного лечения в подгруппах наблюдения обеих групп отмечали достоверно более низкую балльную оценку выраженности жалоб и более высокую оценку результатов лечения. После курса лечения пациенты отмечали уменьшение осиплости, увеличение выносливости и звучности голоса, исчезновение дискомфорта в области гортани и шеи после голосовой нагрузки. Во время видеоларингоскопии сначала оценивали состояние слизистой оболочки гортани, затем положение и тонус голосовых складок, наличие фонационной щели и участие вестибулярных складок в фонации. При видеоларингостробоскопии важное значение имели такие показатели вибраторного цикла, как симметричность и регулярность колебаний голосовых складок, наличие слизистой волны. Видеоларингостробоскопическая картина гортани также достоверно более выражено изменилась в подгруппах наблюдения у пациентов с функциональной и органической дисфонией.

При оценки акустического анализа голоса выявлена та же тенденция. Достоверно более выраженные положительные изменения акустических параметров голоса наблюдались в подгруппах наблюдения обеих групп, что объективно подтверждает субъективную динамику изменения жалоб пациентов.

Выводы. Эффективность комплексного лечения с включением физиотерапевтических методов у пациентов с функциональными дисфониями составляет 76%, у пациентов с органическими дисфониями – 89%. Относительный вклад физических методов лечения в формирование лечебных эффектов у пациентов с органическими дисфониями составляет 25%, у пациентов с функциональными дисфониями – 23%. Таким образом, проведенное исследование подтверждает, что включение в комплексное лечение и реабилитацию методов физиотерапии пациентов с односторонним парезом гортани и гипотонусной дисфонией повышает эффективность лечение на 16% и 8% соответственно.

Это подтверждает необходимость включения этих методов в комплексное лечение и реабилитацию пациентов с функциональными и органическими дисфониями и описание этих

методов в разделе немедикаментозное лечение и медицинская реабилитация соответствующих клинических рекомендаций.

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Мещерякова Н.В.^{1*}, Карпов В.П.², Кияшкин Р.С.¹, Вергасов А.М.¹

¹ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь

²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: natalimescherjakova@rambler.ru

Введение. Согласно статистическим исследованиям [1,2,3], частота встречаемости доброкачественных новообразований ЛОР-органов составляет от 0,5% до 2,5% всех пациентов с ЛОР-патологией. Существуют многочисленные методы хирургического лечения новообразований, к ним относятся криохирургический, электрохирургический, лазерный, ультразвуковой, радиоволновой. Радиоволновая хирургия – это атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей без их разрушения. Разрез достигается за счет преобразования высокочастотных излучений радиоволны в энергию, которая концентрируется на конце активного элемента. Данная энергия приводит к испарению тканей, причем подлежащие ткани не подвергаются травме. Она с успехом может быть использована в хирургии лица и слизистых оболочек, тем более, когда проведение вмешательства планируется у ребенка. Мы не нашли в доступной нам литературе подробной методики оперативного лечения доброкачественных новообразований у детей методом радиоволновой хирургии, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования. Изучение преимуществ применения метода радиоволновой хирургии при удалении доброкачественных новообразований ЛОР-органов у детей Ставропольского края.

Материалы и методы. За прошедший период 2022-2024 гг. нами было прооперировано 14 детей с доброкачественными новообразованиями ЛОР-органов. В структуре патологии которых преобладали папилломы мягкого неба – 4 (29%), преддверия носа – 2 (15%) миндалин – 3(21%), новообразование полости носа (полип) – 1 (7%), новообразование язычной миндалины – 1 (7%), атерома заушной области – 2 (14%), образование небной миндалины (киста) – 1 (7%). При проведении оперативного вмешательства мы использовали аппарат ФОТЕК, созданный отечественным производителем. Это универсальный высокочастотный электрохирургический аппарат, генерирующий

широкополосный радиоволновой электрический ток специальной формы. Он соединяет в себе преимущества радиоволновой и высокочастотной электрохирургии. Радиоволновая хирургия – это атравматический метод разреза и коагуляции мягких тканей без их разрушения. Разрез достигается за счет преобразования высокочастотных излучений радиоволны в энергию, которая концентрируется на конце активного элемента. Данная энергия приводит к испарению тканей, причем подлежащие ткани не подвергаются травме.

Для иссечения новообразований нами применялись режимы как монополярной, так и биполярной коагуляции. Иссечение новообразований производилось при помощи насадок аппарата ФОТЕК таких, как «электрод игла проводка 0,3 мм - положение регулятора на уровне 4.0). электрод - игла в режиме «смесь» (положение регулятора на уровне 4,6) и пинцет биполярной коагуляции. Иссечение новообразований производилось в режимах «коагуляция», «смесь». Вмешательства проводились под общим наркозом.

Результаты исследования. Техника вмешательства соответствовала локализации новообразования. Полученный материал был отправлен на гистологическое исследование. У всех пациентов была подтверждена доброкачественность процесса. У 13 пациентов кровотечения во время операции не было получено, у одного отмечалось незначительное, остановлено пинцетом биполярной коагуляцией. Послеоперационный период протекал гладко, в среднем составил 3 койко-дня. Общее время нахождения в стационаре – 4-5 койко-дней. Болевой синдром отсутствовал у 12 детей, у двоих был незначительный. Раневая поверхность эпителизовалась в большинстве случаев на 5 сутки.

Выводы:

1. Преимуществами радиоволнового метода хирургического лечения доброкачественных новообразований при помощи аппарата ФОТЕК являются: одновременная коагуляция сосудов с рассечением тканей позволяет практически полностью избежать кровотечений; отсутствие теплового поражения и некроза тканей исключает послеоперационное воспаление, уменьшаются сроки заживления раны, не образуются рубцы; «стерилизующий» эффект процедуры позволяет проводить ее даже при наличии хронических воспалительных процессов.

2. Применение метода радиоволновой хирургии при лечении доброкачественных новообразований у детей является целесообразным и экономически эффективным.

Список использованных источников:

1. Крюков А.И., Носуля Е.В., Ким И.А., Перич Б. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания синоназальной области у детей // Российская ринология.– 2019.– №27(1).– С.41-48.

2. Лопатин А.В., Доброкачественные новообразования мягких тканей головы и шеи у детей // Head and Neck/ Голова и шея.– 2016.– №4.– С. 72.

3. Мещерякова Н.В., Кияшкин Р.С., Соболева О.А. Лагуткина Д.Е., Вергасов А.М., Федько Н.А. Структура доброкачественных новообразований ЛОР-органов у детей Ставропольского края. В сборнике Международной научно-практической конференции «Эксперимент в хирургии и онкологии».– Курск, 2022.– С.50-52.

4. Мещерякова Н.В., Кияшкин Р.С., Вергасов А.М., Лагутина Д.Е. Распространенность и структура доброкачественных новообразований ЛОР-органов у детей ставропольского края. В сб. материалов XI международного междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи (сборник тезисов), 19-21 июня 2023.– С.59.

ДВУСТОРОННЯЯ КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Милешина Н.А., Ивойлов А.Ю., Гойхбург М.В., Добрякова М.М.*

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.

Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

*E-mail: martadobryakova@yandex.ru

Введение. В связи с внедрением неонатального аудиологического скрининга, своевременной ранней диагностикой пациентов, страдающих тяжелой степенью потери слуха, нуждающихся в реабилитации с использованием метода кохлеарная имплантация (КИ), а также – с расширением показаний к КИ увеличивается число имплантированных глухих детей, которые интегрируются в общество слышащих людей и обучаются в массовых образовательных учреждениях. Наиболее распространенные жалобы у пользователей систем КИ – плохая разборчивость речи в шумной обстановке и плохая локализация источника звука.

Цель исследования. Определение возможности билатеральной КИ в улучшении качества жизни глухих детей.

Материалы. В настоящее исследование были включены 30 пациентов в возрасте 6-14 лет после билатеральной КИ (10 пациентов после одномоментной билатеральной КИ и 20 – после последовательной билатеральной КИ). 8 пациентов являются пользователями системы КИ производства “Advanced Bionics” и 22 – “Cochlear”. У пациентов после последовательной билатеральной КИ разница между 2 операциями составила от 1 года до 10 лет. Проведены: речевая аудиометрия в свободном звуковом поле с использованием многосложного речевого материала в шуме при соотношении сигнал/шум +10 дБ; тональная пороговая аудиометрия (ТПА) в свободном звуковом поле, сурдопедагогическое тестирование (исследования

проводились моноаурально и бинаурально), а также оценены когнитивные способности испытуемых с применением психиатрического протокола исследования пациентов врачом-психиатром совместно с сурдопедагогом.

Результаты. По результатам речевой аудиометрии в шуме разборчивость речи у пациентов с использованием системы КИ на 1 ухо составила 84%, в то время как при использовании 2 систем КИ – 98%. По данным ТПА в свободном звуковом поле пороги восприятия звука соответствовали I степени тугоухости при моноауральном использовании системы КИ и норме – при бинауральном, что свидетельствует об эффекте бинауральной суммации. По данным сурдопедагогического тестирования разборчивости шепотной речи в тишине при моно- и бинауральном предъявлении сохранялась на расстоянии 6.0 м.

Из 30 пользователей двух кохлеарных имплантов 28 – обучаются в массовых образовательных учреждениях и 2 – в специализированных образовательных учреждениях с использованием программы для слабослышащих детей. При этом, согласно обследованию врачом-психиатром, только у 2 детей выявлена задержка психоречевого развития, у остальных пациентов имеются легкие нарушения в звукопроизношении без задержки речевого и психического развития (из 92 пациентов после односторонней КИ у 65% детей сохраняется задержка психоречевого развития).

Заключение. В соответствии с полученными отдаленными результатами слухоречевой реабилитации и на основании проведенной психолого-педагогической оценки можно сделать вывод о более успешных результатах реабилитации глухих детей после билатеральной КИ.

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В СЛУЧАЯХ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Милешина Н.А.^{1,2}, Ивойлов А.Ю.^{1,2}, Добрякова М.М.^{2*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²ГБУЗ «Детская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения города Москвы

*E-mail: martadobryakova@yandex.ru, cart1@rambler.ru

Введение. Кохлеарная имплантация (КИ) является наиболее эффективным методом реабилитации пациентов с сенсоневральной глухотой. Ежегодно в России проводится около 1400-1600 операций в большинстве случаев детям до 3 лет. После КИ возможны травмы, инфекционные заболевания, при этом первая помощь вызывает затруднение у специалистов амбулаторного звена.

Цель исследования. Повышение эффективности оказания оториноларингологической помощи пациентам после КИ.

Материалы и методы. Проанализированы 164 случая госпитализации 135 детей с КИ за 2015/2022 гг. (из 911 имплантированных за этот период), имевших травму в области приемника-стимулятора или воспалительные заболевания уха на стороне операции. Помимо стандартных клинико-лабораторных методов исследования, всем детям проведена КТ височных костей, тестирование импланта методом регистрации телеметрии нервного ответа (ТНО).

Результаты. Нами зафиксировано 69 (42%) реимплантаций устройства, в 23 случаях (33%) причиной были воспалительные заболевания и травматические повреждения в области импланта. Рецидивирующее течение патологии околоушной области наблюдали у 14 детей (41 госпитализация, 25%) и 121 ребенок (74,2%) имел в анамнезе только одну госпитализацию. Нами выделены следующие причины ревизионных вмешательств после КИ: «отказ работы» – неисправность самого кохлеарного импланта, рецидивирующая гематома/серома/абсцесс/открытая рана теменно-височной области, смещение приемника-стимулятора, экструзия приемника-стимулятора/электродной решетки/магнита импланта, хронический средний отит. Внезапная неисправность импланта констатирована нами в 5% случаев, при этом дети, имплантированные в возрасте 1-3 лет, к 5-летнему сроку имплантации имели риск «отказа» импланта в 2,6% случаев. Риск повторной имплантации через 5-10 лет сохранялся на уровне 2,3% ($p=0,01$). Прямые травмы головы привели к разрыву кожного покрова и открытым ранам черепа в 4,2% случаев, к гематомам в области приемника-стимулятора – в 24% от общего числа ревизионных вмешательств. 42 больных (80%) с серомой лечили консервативно: пункция гематомы над приёмником-стимулятором, наложение давящей повязки, системная антибактериальная терапия. При своевременном обращении в профильное отделение стационара имплантированные пациенты с гематомой/серомой теменно-височной области имели благоприятный прогноз. Абсцесс теменно-височной области наблюдали в 7 случаях после травмы, основной причиной нагноения было позднее обращение за медицинской помощью. Рана теменно-височной области наступила вследствие смещения приемника стимулятора, истончения кожи над приёмником стимулятором и электродной решеткой, за счет трения о дужки очков, самовольного усиления магнита импланта у 13 больных, которым была выполнена транслокация приёмника-стимулятора, пластика дефекта тканей кожными лоскутами. По нашим данным закрытие дефекта встречными лоскутами через 1 месяц от формирования открытой раны и нагноения бесперспективно. Следует удалить приемник-стимулятор, сохранив ЭР в улитке, и провести реимплантацию через 6 мес. Острый средний отит не был частой патологией (7% случаев). Мастоидит развился в 6 случаях, в 4 – с субпериостальным абсцессом, больным выполнена тимпаностомия в переднее-нижнем

квадранте, курс системной антибактериальной терапии. ХГСО развился у 2% больных, причиной была экструзия электродной решетки в слуховой проход, потребовалась saniрующая операция, тимпанопластика и реимплантация.

Выводы. Таким образом, частота ревизионных вмешательств после КИ достаточно высока и может быть связана как с причинами, непосредственно связанными с неисправностью импланта, так и с сопутствующими приобретенными патологическими состояниями, требующими неотложной квалифицированной медицинской помощи. Представленные алгоритмы действий для отоларингологов, сурдологов, педиатров позволят сохранить имплант, здоровье и качество жизни имплантированного глухого ребенка.

К ВОПРОСУ О ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Мирошниченко Н.А., Бакотина А.В., Кандрашина А.А.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Научно-образовательный институт стоматологии им. А.И. Евдокимова

*E-mail: a_kandrashina@mail.ru

Введение. В последние годы, по данным разных источников, отмечается рост обращений по поводу перфорации перегородки носа различной этиологии. Однако точная статистика практически не доступна. Перфорацию в клиниках кодируют разными кодами по МКБ-10. Основными причинами формирования перфораций являются травматические, ятрогенные, воспалительные, неопластические, аутоимунные и идиопатические. Первое место, к сожалению, занимает ятрогенный фактор.

Цель исследования. Проанализировать этиологию и результаты хирургической коррекции пациентов с перфорацией перегородки носа на базе ЛОР-отделения в КЦЧЛПХиС ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, НОИС им. А.И. Евдокимова за период с 2020 по 2024 гг.

На нашей клинической базе в период с 2020 г. по 2024 г. нами было обследовано и пролечено 32 пациента с диагнозом перфорация перегородки носа.

Основными жалобами при обращении были: свист при носовом дыхании, сухость в носу, образование сухих корок и периодические носовые кровотечения. У 6 больных отмечено бессимптомное течение заболевания. При проведении эндоскопического осмотра полости носа перфорации чаще всего локализовались в типичном месте в передних отделах перегородки носа. Размеры перфорации варьировали от 0,3 мм до 2,5 см.

При сборе анамнеза у 16 больных в анамнезе ранее была операция по коррекции анатомии полости носа, у 12 – идиопатическое формирование патологии, у 4 пациентов в анамнезе ортогнатическая операция на верхней челюсти.

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение в объеме пластики перфорации перегородки носа методом перемещенных лоскутов. В послеоперационном периоде мы применяли: системную антибактериальную терапию, проводилась медикаментозная профилактика послеоперационного тромбоза аутотрансплантата, местное введение лекарственных препаратов под септальные шины. Перед проведением хирургического лечения проводилась комплексная консервативная терапия для нормализации состояния слизистой оболочки полости носа. После завершения стационарного этапа лечения пациентам назначали препарат Суперлимф с целью повышения ускорения регенерации и эпителизации раневой поверхности.

В послеоперационном периоде у двух больных с гигантскими перфорациями отмечено в отдаленном послеоперационном периоде сохранение перфорации до 1,5 см.

Выводы:

1. В последние годы увеличилась распространенность перфорации перегородки носа, однако сбор точной статистики затруднен из-за различного кодирования данной патологии в клиниках.
2. Среди наших пациентов на первом месте – ятрогенная причина формирования заболевания (у 16 из 32).

ТИННИТУС У БОЛЬНЫХ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Мирошниченко Н.А., Савранская К.В.*, Рыжкова Н.С.

ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России

*E-mail: kristina.savranskaya@gmail.com

Ведение. В настоящее время врач может столкнуться с клиническим случаем, когда пациент отмечает тиннитус, однако диагностическая оценка звукопроводящей системы (отоскопия, акуметрия, аудиометрия, импедансометрия) не выявляет патологических изменений. Дальнейшая тактика должна быть основана на оценке состояния височно-нижнечелюстной области и ее возможного влияния на возникновение симптоматики.

Цель исследования. Изучить корреляции между тиннитусом, типом каменисто-барабанной щели (РТФ) и расположением молоточка относительно отверстия РТФ у пациентов с диагнозом височно-нижнечелюстная дисфункция (ДВНЧС).

Материалы и методы. Сто пациентов с ДВНЧС (50 с тиннитусом, 50 без шума в ушах) были оценены ретроспективно с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Изображения МСКТ выполнены с использованием мультисрезового компьютерного томографа Philips Incisive 64 (Китай), толщина среза 0,67 мм в режиме Bone, проанализированы и распределены в соответствии подтипа РТФ (типы 1,2,3,4) (рисунок 1) и в соответствии с расположением молоточка относительно отверстия РТФ (тип I, II) (рисунок 2).

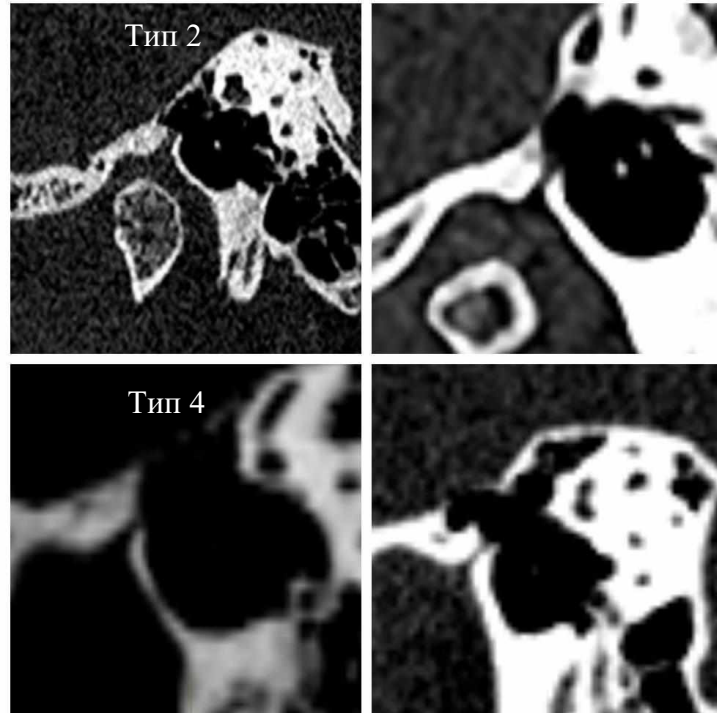


Рисунок 1

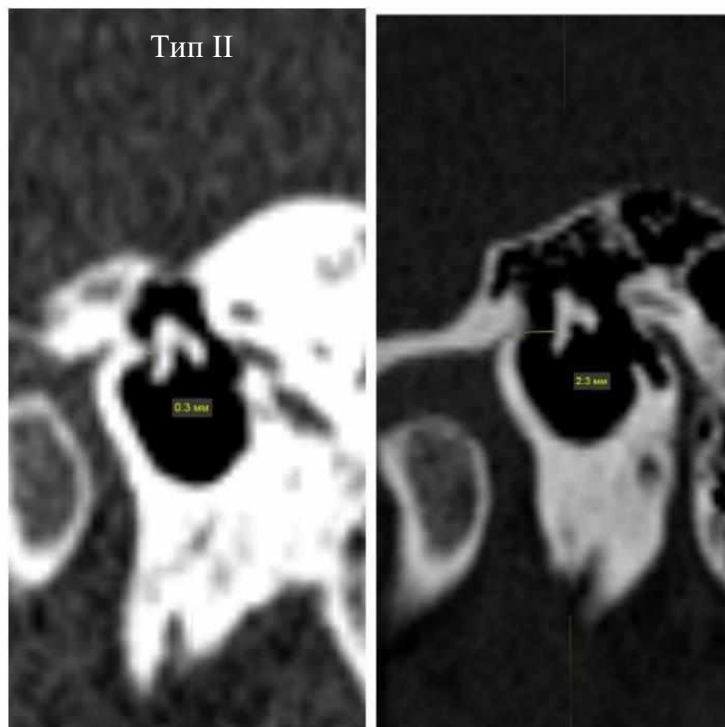


Рисунок 2

Структура РТФ была классифицирована как тип 1 (широкая структура), тип 2 (двойная коническая структура «песочные часы»), тип 3 (конусовидная структура «стрелка») или тип 4 (узкая структура). Расположение молоточка относительно отверстия РТФ было классифицировано как тип I (молоточек прилежит к отверстию РТФ) или как тип II (молоточек расположен от отверстия РТФ более чем 1 мм).

Результаты. Выявлена положительная корреляция между возникновением тиннитуса у пациентов с ДВНЧС и расположением молоточка на расстоянии более 1 мм от РТФ.

Морфологический тип РТФ коррелирует с возникновением тиннитуса у пациентов с ДВНЧС только при условии совместной его оценки с расположением молоточка. Тип I (широкая структура) является предрасполагающим фактором в возникновении шума в ушах у пациентов с ДВНЧС.

Выводы. При тип II (молоточек располагается на расстоянии более 1 мм от РТФ) и тип I (широкая структура) делается вывод о влиянии ДВНЧС на возникновение тиннитуса. Основываясь на этом, будет осуществлен переход на персонифицированный подход к лечению пациентов с шумом в ушах, учитывающий ДВНЧС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО МАГНИТА ПРИ ОСКОЛОЧНЫХ СЛЕПЫХ РАНЕНИЯХ ШЕИ

Морозов А.Д., Куц Б.В., Ушаков В.С., Припорова Ю.Н., Алиаскаров А.Д.
ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

*E-mail m14232@mail.ru

Введение. Сейчас проходит СВО в обстановке, отличной от предыдущих войн и локальных конфликтов. Применяется много новых, разнообразных видов оружия, что приводит к большему количеству раненых. При этом преобладают минно-взрывные осколочные ранения, с сочетанными поражениями различных областей.

Частота боевых ранений шеи по данным Завражнова А.А. и соавт. (2021) составляет от 1 до 4%.

Цель работы. Поделиться опытом оказания специализированной хирургической помощи пациентам при огнестрельных осколочных слепых ранениях шеи.

Материалы и методы. Удаление осколков шеи, гортани следует проводить в условиях хорошо оснащенных многопрофильных госпиталей при содружественном участии в процессе лечения врачей различных хирургических специальностей (оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов, сердечно-сосудистых хирургов). Однако, не все

инородные тела нуждаются в удалении. Все зависит от количества, размеров и локализации осколков, особенно, если они находятся вблизи крупных магистральных сосудов, когда риск их извлечения сопряжен с большой опасностью повреждения сосуда или наличие мелких функционально не значимых осколков, удаление которых сопряжено с большой травматизацией тканей, особенно при их локализации в области голосовых складок.

При слепых ранениях шеи, когда осколки локализуются в тканях шеи, гортани возникает проблема их поиска. На первый взгляд простая задача оказывается не такой уж и простой, и это связано с тем, что компьютерная томография не всегда 100% отображает истинную картину локализации осколков, последние могут к тому же смещаться, так как человек глотает, двигается, разговаривает. И на помощь приходят маленькие помощники – магниты.

Неодимовый магнит – мощный постоянный магнит, состоящий из сплава редкоземельного элемента неодима, бора и железа. Самым главным плюсом неодимового магнита является то, что создаваемое им поле притяжения намного превосходит по своей мощности то поле, что создает обычный магнит, примерно в 10 раз.

Заключение. Неодимовые магниты хорошо зарекомендовали себя не только при поиске магнитных инородных тел, локализованных в мягких тканях шеи, но также при поиске и удалении осколков, локализованных в тканях глотки, гортани, в том числе возможно их использование при проведении трансоральной микроларингеальной хирургии.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ АНТРОМАСТОИДОТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ

Мосейкина Л.А., Киселюс В.Э., Бавин К.С.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.

Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

E-mail: surdolog@bk.ru

Введение. Реконструктивная хирургия при saniрующих операциях с удалением задней стенки наружного слухового прохода (НСП) при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО) в настоящее время проводится одномоментно, как этап хирургического лечения [Alves A., 2016; Pontillo V., 2023]. Впервые термин «тотальная реконструкция среднего уха» ввел L. Ekvall в 1973 г. Он определил основные задачи повторного хирургического лечения у пациентов после saniрующей операции с удалением задней стенки НСП: санация

антромастоидальной полости (АМП), реконструкция НСП, восстановление вентиляции среднего уха и улучшение звукопередачи [Ekvall L., 1973; Ishimoto S., 2002].

К сожалению, восстановление вентиляции АМП не всегда является решаемой задачей, поэтому ряд авторов используют облитерацию АМП с целью предотвращения рецидива холестеатомы и воспаления [Chharola S., 2014; Kim B.G., 2019; Крюков А.И. и соавт., 2024]. Такая гибридная техника позволяет прекратить персистирующую оторею, улучшить слух, повлиять на качество жизни пациентов и снизить риск рецидива холестеатомы, что подтверждается контрольными исследованиями в отдаленном периоде (аудиометрия, КТ и МРТ в режиме non-EPI DWI) [Akkori M., 2015; Fassone E., 2023; Kroon J., 2023].

Цель исследования. Определить основные этапы и особенности тотальной реконструкции среднего уха, влияющие на анатомические и функциональные результаты лечения пациентов с ХГСО после saniрующих операций с удалением задней стенки НСП.

Материалы и методы. В НИКИО им. Л.И. Свержевского за период 2020-2023 гг. проведено обследование и повторное хирургическое лечение 56 пациентов с эптитимпаноантральной формой ХГСО после saniрующих операций с удалением задней стенки НСП. Средний возраст пациентов составил 53 года. Основными жалобами больных были постоянная или персистирующая оторея (у 73%) с необходимостью частого посещения врача и снижение слуха (у 89,8%). Всем больным выполнена отомикроскопия, комплексное аудиологическое обследование, КТ височных костей и МРТ в режиме non EPI DWI при подозрении на рецидив холестеатомы по данным КТ. Основным хирургическим вмешательством была повторная saniрующая операция по «гибридной технике» с тимпанопластикой III типа и мастоидопластикой (у 100%).

Результаты исследования. При отомикроскопии в 45% случаев присутствовала обширная АМП, в 23% – высокая «шпора» с узким входом в антрум, в 8% – сохраненный костный мостик. Резидуальная холестеатома выявлена в 43% случаях, прорастание эпидермиса в ретротимпанальные отделы с эпидермизацией арки или подножной пластинки стремени – в 34%. Дефекты тимпанальной мембраны в натянутой части выявлены в 40% случаев, частичная или полная эпидермизация медиальной стенки или фиброз барабанной полости (БП) – в 22%, сохраненная натянутая часть барабанной перепонки с изолированной редуцированной БП – в 25%. При аудиологическом исследовании у 98% больных имелась кондуктивная или смешанная тугоухость I-III степени и у 1% – глухота.

Облитерация АМП проводилась после тщательного удаления эпидермальной выстилки и сглаживания стенок полости алмазными фрезами, для облитерации использовались аутокани и/или остеопластический материал. Выполнялась высокая тимпаноластика с ремоделированием латеральной стенки аттика с использованием аутоканей, в том числе и для протезирования. В

результате операции в послеоперационном периоде сформирована нормальная архитектура НСП у 82% пациентов, остаточная полость небольших размеров выявлена у 18% и хорошие функциональные результаты (костно-воздушный интервал <20 дБ) – у 36%.

Выводы. Проведение тотальной реконструкции среднего уха пациентам с ХГСО, перенесшим ранее санирующую операцию на среднем ухе с удалением задней стенки НСП, показано при наличии длительно существующих жалоб на сниженный слух и персистирующее гноетечение. Рекомендовано ее выполнение в плановом порядке в специализированном учреждении. Конечные анатомические и функциональные результаты зависят от дооперационной слуховой функции пациента, состояния слизистой оболочки БП, присутствия суперструктур стремени и их подвижности, а также – функции слуховой трубы.

ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Муслимова П.А.*, **Джамалудинов Ю.А.**, **Саидов З.М.**, **Джамалудинова П.Ю.**,

Рагимова Д.Р.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: muslimova.patya@mail.ru

Введение. Отогенные внутричерепные осложнения возникают в результате распространения патологического процесса из височной кости в полость черепа. К ним относятся: экстрадуральные и субдуральные абсцессы, абсцесс височной доли мозга и мозжечка, отогенный сепсис.

Цель исследования. Изучить заболеваемость отогенными внутричерепными осложнениями в Республике Дагестан.

Материалы и методы. По материалам ЛОР клиники Республиканской клинической больницы г. Махачкала нами был проведен анализ заболеваемости отогенными внутричерепными осложнениями у взрослых за последние 10 лет, с 2014 по 2023 годы.

Результаты и обсуждение. За этот период в клинике находилось на лечении всего 22506 больных, из них с различными отогенными внутричерепными осложнениями было 39 пациентов, что составило 0,17%. Из них летальными исходом закончилось 3 случая, что составило 7,6%.

Возраст больных колеблется от 22 до 57 лет. В наших наблюдениях осложнения чаще возникали у мужчин (31 случай) и у женщин (8 случаев). У 32 обследованных нами пациентов процесс был левосторонним, а у 6 – правосторонним. Наибольшее число осложнений (29)

отмечено у больных с длительностью течения хронического отита более 10 лет. Из 39 больных 9 были жителями города, 30 – жителями сельских районов. У 31 пациента осложнения развились на фоне хронических гнойных средних отитов, у 8 больных – на фоне острых гнойных средних отитов, из них у 6 пациентов осложнения развились на фоне коронавирусной инфекции.

Заключение. Все больные были обследованы и оперированы совместно с нейрохирургами с использованием принципа междисциплинарности.

РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ

Муслимова П.А.*, Джамалудинов Ю.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: muslimova.patya@mail.ru

Введение. Риногенные внутричерепные осложнения остаются одной из важных и сложных проблем оториноларингологии и нейрохирургии, вследствие тяжести их течения, трудности диагностики, лечения и все еще высокой летальности.

Цель исследования. Анализ распространенности внутричерепных осложнений риногенной природы в Республике Дагестан за период с 2013 по 2023 годы.

Материал и методы. По материалам ЛОР клиники Республиканской клинической больницы г. Махачкала, нами был проведен анализ заболеваемости риногенными внутричерепными осложнениями у взрослых за 11 лет, с 2013 по 2023 годы.

Результаты и обсуждение. За этот период в клинике находилось на лечении 24517 больных, из них с внутричерепными осложнениями-12 больных, что составило 0,05%. Из них, летальным исходом закончились 3 случая, что составляет 25%. Возраст больных от 18 до 57 лет. Мужчин -7(58,3%), женщин -5(41,7%). Поступление больных по месяцам года, было неравномерным, в основном пациенты поступали в летние месяцы, в период морских купаний. При бактериологическом исследовании содержимого из воспаленных околоносовых пазух в 66,7% случаев выявлена кокковая микрофлора. Структура внутричерепных осложнений менингоэнцефалит и абсцесс головного мозга-5 пациентов, менингит и абсцесс головного мозга-3 пациента, менингит+субдуральная эмпиема-3 пациента, гнойный менингит+тромбоз кавернозного синуса-1 пациент

Диагностический алгоритм: сбор жалоб больных, анамнез, эндоскопия, рентгенография, КТ исследование, МРТ исследование, общий и биохимический анализ

спинномозговой жидкости. Больные перед операцией консультировались у окулиста, невролога и нейрохирурга.

К лечению больных привлекались: нейрохирург, реаниматолог, невропатолог, клинический фармаколог.

Оториноларингологом выполнены следующие хирургические вмешательства: фронтотомия+эндоскопическая гайморэктомиодотомия-10 пациентам, фронтотомия с вскрытием передней черепной ямки и дренированием абсцесса лобной доли мозга-2 больным. Нейрохирургом выполнены хирургические вмешательства: костнопластическая трепанация черепа с удалением абсцесса головного мозга-6 пациентам, костнопластическая трепанация черепа с дренированием субдуральной эмпиемы-3 больным.

Выводы. При выборе тактики хирургического лечения больных с риногенными внутричерепными осложнениями следует учитывать тяжесть состояния больного и планировать в соответствии с этим объем хирургического вмешательства совместно с нейрохирургом.

ДИАГНОСТИКА ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ГОРТАНИ У ПАЦИЕНТОВ ГОЛОСОРЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Накатис Я.А., Юрков А.Ю.*

¹ ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова ФМБА России»

*E-mail: yurkovaleks@yandex.ru

Повышенная чувствительность гортани, связанная с резким повышением восприимчивости ее слизистой оболочки к обычным раздражителям, является серьезной проблемой для людей голосоречевых профессий, так как приводит к значительным затруднениям при разговоре и пении. 76% пациентов, которые обратились к фониатру, жаловались на «ком» в глотке и другие неприятные ощущения в горле. Причиной гиперестезии гортани могут быть как экзогенные факторы, так и патология различных систем организма, диагностика и лечение которых часто вызывает затруднения. При обсуждении патогенеза гиперестезий недостаточно внимания уделяется нейровегетативным расстройствам, в том числе паническим атакам, которые отражают нарушение адаптационно-трофических функций вегетативной нервной системы, участвующей в развитии заболеваний и требующей особых нестандартных методов диагностики заболевания.

В связи с этим целью настоящего исследования явилась разработка алгоритма обследования больных голосоречевых профессий, у которых повышена чувствительность гортани.

Обследовано 50 человек голосоречевых профессий (преподаватели 56%, воспитатели и музыкальные работники 23%, артисты 12%, певцы 9%), обратившихся к фониатру с жалобами на дискомфорт в области гортани, который свидетельствовал об ее повышенной чувствительности. Обследование этих больных включало сбор и анализ анамнеза заболевания, объективное исследование ЛОР-органов по общепринятым методикам и с использованием видеостробоскопа, а также определение функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) и цитологическое исследование мазков-перепечатков со слизистой оболочки гортани.

Все больные были обследованы у невролога, гастроэнтеролога, эндокринолога, терапевта (пульмонолога) и психиатра. Обнаружено, что только 17% из них имели такие заболевания как: остеохондроз 7%, гипертоническая болезнь 3%, бронхиальная астма 2%, эндокринные нарушения 3%, дисбактериоз 2%. Часто эти заболевания сочетались, при этом многие больные отмечали наличие постоянных стрессов 65%. Все пациенты жаловались на щекотание, першение, царапание, жжение, ощущение сухости в горле, иногда у них возникали: спазматический кашель, чувство наличия инородного тела, боли при пустом глотании, болезненность при голосовых нагрузках. Сроки заболевания были разными: от 1 месяца до 20 лет. При видеостробоскопии у всех больных патологических изменений гортани выявлено не было. Цитологические данные мазков-перепечатков со слизистой оболочки голосовых складок свидетельствовали о повышенной пролиферативной активности клеток поверхностного плоского эпителия. Большое число клеток, слущивающихся с поверхности голосовых складок указывает на нарушение адгезивных свойств плазматической мембраны эпителиоцитов и ослабление межклеточных контактов. Отмечены дистрофические изменения: укрупнение эпителиальных клеток с усиленной базофилией цитоплазмы и гипертрофией ядер. Среди других клеточных элементов преобладали нейтрофильные лейкоциты.

При функциональной диагностике состояния ВНС у больных с повышенной чувствительностью гортани в 51% случаев отмечалась вегетативная дистония, в 69% – дисфункция ВНС. При этом недостаточное вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) отмечалось у 60% больных, а избыточное – у 9%.

Результаты комплексного обследования больных позволили предложить следующую схему обследования пациентов с повышенной чувствительностью гортани. В процессе диагностики заболевания врачом-оториноларингологом необходимо тщательно изучить анамнеза заболевания, в том числе оценить условия трудовой деятельности, провести осмотр ЛОР органов по общепринятым методикам и с использованием видеоэндоскопической

аппаратуры (фиброскоп, видеостробоскоп, аппаратуру для аутофлюоресцентной диагностики), цитологического исследования мазков перепечатков со слизистой оболочки гортани. Необходимо исключить воспалительные процессы, новообразования (в том числе опухолевые процессы) а также атрофические изменения в гортани и хронические заболевания (риниты, тонзиллиты, фарингиты). Необходимо учитывать перенесенные заболевания вирусного генеза, особенно связанные с COVID-19. Кроме функциональной диагностики состояния ВНС необходимо проанализировать клинический, биохимический анализ крови, анализ мочи, данные обследования невролога, эндокринолога, гастроэнтеролога, кардиолога (терапевта), аллерголога, психиатра для исключения соответствующей патологии. Так же необходимо учитывать побочные действия лекарственных препаратов: длительное применение деконгестантов и антигистаминных препаратов, гипотонических средств, сердечных гликозидов, транквилизаторов и антидепрессантов и др. К лечению больных следует приступать после устранения неблагоприятных факторов, обнаруженных в процессе обследования.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ

Нестерова К.И.¹, Мусиенко А.И.¹, Нестеров И.А.², Нестерова А.А.³

¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ООО «Медицинский центр на Мещанской», г. Москва

³Клиника «ЛОР центр», г. Москва

*E-mail: knesterova@gmail.com

Цель исследования. Обоснование выбора метода хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов у больных, планирующих на дентальную имплантацию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 292 пациента обоего пола в возрасте от 19 до 72 лет, у которых в процессе хирургического вмешательства вскрывалась верхнечелюстная пазуха (ВЧП). Из них у 80-ти пациентов вскрытие ВЧП проводилось в процессе формирования доступа: классического (по Кальвеллу и Люку), эндоскопического (ФЭСХ) или авторского экстраназального остеопластического с использованием низкочастотного ультразвука (НУЗ) [1]. Преимуществами авторского метода были хороший обзор пазухи во время вмешательства, возможность использования увеличительной и сохранение архитектоники пазух, а, следовательно, их аэрации и мукоцилиарного клиренса. Благоприятные условия для сращения кости обеспечивались гладким срезом и минимальным

костным зазором в зоне вскрытия.

У 212 человек нарушение целостности стенки ВЧП произошло во время удаления зуба, из них 175 пациентам проводилось восстановление костной стенки с использованием метода А.И. Мусиенко и соавт. с применением тромбоцитарной плазмы в виде барьерной мембраны [2], а 37 - традиционным методом.

Анализировали течение послеоперационного периода при этих вариантах хирургических вмешательств. Все пациенты осматривались до операции, на 7 сутки после операции, через 1 и 3 месяца после выписки. У одного больного могло быть несколько видов осложнений. У пациентов с детальными доступами эффективность восстановления костной ткани оценивалась на основе денситометрии.

Результаты и обсуждение. У пациентов с назальными доступами в ВЧП при использовании НУЗ остеопластики катаральные, гнойные и субатрофические изменения слизистой оболочки полости носа отмечались в целом в 4,5 раза реже, чем при традиционном доступе и в 3,8 раза реже, чем при ФЭСХ.

При использовании традиционной техники катаральные изменения в пазухе зафиксированы у 43,4% в течение первых 3 месяцев после операции, гнойный синусит – у 13,3%, субатрофические изменения в полости носа – у 3% пациентов

При ФЭСХ катаральный риносинусит отмечен у трети пациентов, гнойный и субатрофический ринит – по 10% пациентов.

При НУЗ остеопластическом подходе катаральный синусит отмечен только у 3,3% пациентов, гнойный – у 10%, изолированные изменения в полости носа не отмечались.

При дентальных доступах использование тромбоцитарной плазмы проводилось при перфорации ВЧП во время операции удаления зуба с одномоментным устранением дефекта с ушиванием лунки; при извлечении корня зуба в отдаленные сроки (2-3 года) из ВЧП после незавершенной операции удаления и проталкивания зуба, с последующим ушиванием дефекта слизистой альвеолярного отростка; при удалении одонтогенных кист с резекцией верхушек корней, локализующихся в области ВЧП, и последующим ушиванием дефекта слизистой альвеолярного отростка при помощи тромбоцитарной плазмы, без риностомы.

При обследовании через 1 год выявлено, что плотность костной ткани восстановилась после пластики дефекта с использованием тромбоцитарной плазмы у 96% больных, что в 12 раз лучше, чем в группе традиционного лечения.

При этом все функциональные показатели полости носа при вариантах хирургического лечения с полным закрытием дефекта ВЧП были полностью восстановлены, в то время как при традиционных методах лечения сохранялись снижение электродвижущей силы и удлинение времени сахаринового теста.

Заключение. Варианты хирургического лечения на ВЧП и альвеолярном отростке верхней челюсти с полным закрытием послеоперационного дефекта способствуют восстановлению архитектоники пазухи и функциональных показателей полости носа.

Список использованных источников:

1. Нестерова К.И., Нестеров И.А., Нестерова А.А. Способ остеопластической ультразвуковой хирургии околоносовых пазух // Патент РФ на изобретение № 2572552 от 20.01.2016, бюлл. №2.
2. Мусиенко А.И., Ивасенко П.И., Мусиенко А.А., Мамаева Ю.А. Способ лечения рецессии десны // Патент РФ на изобретение № 2380052 от 27.01.2010, бюлл. №3.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Низамова Э.С.*, Мамаева Ш.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра оториноларингологии, детской оториноларингологии и детской стоматологии, г.Ташкент, Узбекистан

*E-mail: elmira.nizamova.94@inbox.ru

Введение. Острые риносинуситы (ОРС) составляют более 70% среди ежегодно регистрируемых заболеваний у детей раннего возраста. По последним данным ВОЗ заболеваемость риносинуситом имеет тенденцию к ежегодному приросту на 1,5-2%. Поиск путей совершенствования диагностики и эффективных методов лечения ОРС является актуальной задачей для детских оториноларингологов.

Цель исследования. Изучить и сравнить эффективность традиционного и предложенного метода лечения ОРС у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ. Участвовало 86 больных с 1 года до 3 лет с диагнозом острый риносинусит, которые проходили лечение в 2019 – 2022 гг. Все пациенты были разделены на 4 рандомизированные группы. 1-ая группа получала традиционную терапию (ТТ), во 2-ой группе на фоне ТТ больные получали интраназальный спрей «Изофра» 1,25%, в 3-ей группа – ТТ с ингаляцией эфирным маслом аниса, в 4-ой группе – ТТ с интраназальным спреем «Изофра» 1,25% и ингаляцией эфирным маслом аниса.

В исследовании использовали общеклинические, ЛОР-осмотр (рино-, ото-, фаринго- и ларингоскопия), лабораторные и инструментальные (двухмерная эхография, рентгенография и магнитно-резонансная томография) методы исследования с целью постановки диагноза ОРС.

Результаты исследования:

На 5-7 сутки лечения только у всех больных группы, где применялась ТТ в комплексе со спреем «Изофра» и маслом аниса отмечалось исчезновение симптомов интоксикации, а у больных в остальных группах обследования снижение интоксикации отмечалось позже.

Ринорея значительно уменьшилась на 5-7 сутки и полностью купировалась у всех больных после проведенной терапии как традиционной, так и предложенной методике лечения.

Оторея купировалась на 5-7 сутки лечения только в 1 и 3 группах, в остальных группах улучшение наступило после начала лечения. После проведенной терапии наблюдалась полная ремиссия данной симптоматики.

Интраназальный бактерицидный спрей «Изофра» 1,25% и эфирное масло аниса рекомендовано использовать на фоне традиционной терапии при острым риносинусите у детей раннего возраста.

Выводы. Модифицированная терапия с применением препарата интраназального спрея «Изофра» 1,25% и ингаляции с эфирным маслом аниса на фоне ТТ показала свою эффективность в терапии ОРС, в особенности в отношении общеинтоксикационных симптомов. Комбинация ТТ с эфирным маслом аниса превзошла по эффективности остальные методы лечения в отношении такого симптома ОРС, как оторея.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Низамова Э.С.*, Маматова Ш.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра оториноларингологии,
детской оториноларингологии и детской стоматологии, г.Ташкент, Узбекистан

*E-mail: elmira.nizamova.94@inbox.ru

Введение. Острые риносинуситы (ОРС) составляют более 70% среди ежегодно регистрируемых заболеваний у детей раннего возраста. По последним данным ВОЗ заболеваемость риносинуситом имеет тенденцию к ежегодному приросту на 1,5-2%. Поиск путей совершенствования диагностики и методов лечения ОРС является актуальной задачей для детских оториноларингологов для того, чтобы избежать возможных рецидивов и осложнений ОРС.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ОРС у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ, участвовало 86 больных с 1 года до 3 лет с диагнозом острый риносинусит, которые проходили лечение в период с 2019 по 2022 гг. Все пациенты были разделены на 4 рандомизированные группы.

В исследовании использовали общеклинические методы исследования, ЛОР-осмотр (рино-, ото-, фаринго- и ларингоскопия).

Результаты. Симптом затрудненного носового дыхания и ринорея присутствовал практически у всех больных на момент поступления.

Общеинтоксикационные симптомы включали в себя такие симптомы, как повышение температуры тела и общая слабость. В 100% случаев они присутствовали в 1 и во 2 группах исследования, тогда как в 3 группе наблюдались у 21 пациента (80,7%) и 4 группе – 20 (86,9%).

Оторрея, по сравнению с другими симптомами, встречалась гораздо реже (от 17,4% до 33,3% в разных группах пациентов).

Выводы. Острый риносинусит у детей начинается с интоксикационного синдрома и на начальных стадиях практически у всех пациентов сопровождается затруднением носового дыхания и ринореей, остальные симптомы (например, оторрея) встречаются намного реже.

ПОКАЗАТЕЛИ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ СОСУДОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Носкова В.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России

E-mail: noskova.94@bk.ru

Введение. Сенсоневральная тугоухость является широко распространённым заболеванием со сложным патогенезом. В основе данного заболевания лежит потеря слуха, вызванная поражением структур внутреннего уха, проводящего пути и/или центральных отделов слухового анализатора.

Цель исследования. Оценить клинические особенности острой и хронической сенсоневральной тугоухости (СНТ), оценить показатели дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (БЦА) и транскраниального дуплексного сканирования.

Материалы и методы. Для реализации поставленных целей были обследованы 30 пациентов с острой СНТ и 33 пациента с хронической СНТ, в возрасте от 18 до 60 лет. Все пациенты проходили диагностику и лечение в оториноларингологическом отделении КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». Всем пациентам проводился детальный сбор

жалоб и анамнеза, стандартный оториноларингологический осмотр в целях выявления острых и хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Аудиторная функция оценивалась по данным тональной пороговой аудиометрии и надпороговой аудиометрии (*тест SISI*) (аудиометр AD629, Interacoustics, Дания). Для оценки кровотока по экстракраниальным отделам БЦА и интракраниальным сосудам выполнялось дуплексное сканирование с помощью сканера PHILIPS Affiniti 70.

Результаты. Согласно полученным данным основной жалобой пациентов при острой и при хронической СНТ, кроме снижения слуха, было нарушение разборчивости разговорной речи (45,5% и 37% случаев соответственно). Также распространённой жалобой пациентов был ушной шум, особенно при хронической СНТ, в 73% и в 40% случаев выявлялся двусторонний постоянный высокочастотный шум, а при острой СНТ в 92% случаях наблюдался постоянный низкочастотный ушной шум. Вестибулярная симптоматика в виде головокружения и атаксии наблюдалась у 30,1% пациентов при хронической СНТ, у 44% при острой СНТ. Нередко пациенты с острой СНТ жаловались на заложенность в поражённом ухе (28%), на появление гиперакузии, аутофонии, в 4% случаев, соответственно.

При рассмотрении структуры тугоухости по данным тональной пороговой аудиометрии хроническая СНТ I степени и II степени встречалась одинаково часто, в 52%, соответственно, тугоухость III степени наблюдалась в 18% случаев, а IV степень – в 15%. В структуре острой СНТ превалировала I степень снижения слуха (64%), тугоухость III степени встречалась у 20% пациентов, IV степени у 12% и II степени у 8%. Причём при хронической СНТ преобладало двустороннее снижение слуха (76%), при острой СНТ – одностороннее (92%). Средние пороги слышимости по воздушной проводимости при хронической СНТ на правое ухо равнялись $37,9 \pm 15,09$ дБ, на левое ухо – $46,3 \pm 18,48$ дБ. Средние пороги слышимости по воздушной проводимости при острой СНТ на правое ухо равнялись $33,64 \pm 21,9$ дБ, на левое ухо – $32,4 \pm 20,6$ дБ.

По данным надпороговых тестов (*тест SISI*) у 88% (29 человек) с хронической СНТ регистрировался ФУНГ, при острой СНТ последний регистрировался в 72% случаев (23 человека).

По данным дуплексного сканирования экстракраниальных отделов БЦА при хронической и острой СНТ наиболее часто наблюдалась непрямолинейность хода позвоночных артерий (30,3% и 36% случаев соответственно), особенно правой позвоночной артерии, а признаки нестенозирующего атеросклероза БЦА интенсивнее были выражены при хронической СНТ (27,2%). Показатели транскраниального дуплексного сканирования показали, что как при хронической, так и при острой СНТ, системного дефицита транскраниального кровотока не обнаруживалось, но при острой тугоухости встречалась гипоперфузия по позвоночным артериям у 32% пациентов.

Выводы. В структуре хронической СНТ преобладает двусторонняя тугоухость I и II степени, при острой СНТ чаще встречается односторонняя тугоухость I и III степени. По данным дуплексного сканирования экстракраниальных отделов БЦА при хронической и острой СНТ наиболее часто наблюдается непрямолинейность хода позвоночных артерий, особенно правой позвоночной артерии. По данным транскраниального дуплексного сканирования в большинстве случаев, как при хронической, так и при острой СНТ системного дефицита транскраниального кровотока не обнаруживается.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Омонова М.Ш.*, Насретдинова М.Т.

2-я оториноларингологическая кафедра Самаркандского государственного медицинского университета, г.Самарканд, Узбекистан

*E-mail: o.maftuna1996@gmail.com

Введение. За последнее время в лечении больных экссудативными синуситами отмечаются определенные успехи. Так, по данным Л. Б. Дайняк, использование медикаментозного метода лечения сократило число хирургических вмешательств на околоносовых пазухах на 70%. Однако этого нельзя сказать в отношении рецидивирующих полипозных риносинуситов, при которых консервативные методы лечения мало эффективны, так как они не предупреждают рецидивирования полипоза. Наблюдения многих клиницистов и наши собственные исследования свидетельствуют о том, что полипозным риносинуситам свойственно рецидивирование. Даже после полного удаления полипов через несколько месяцев наступает затруднение носового дыхания и больные поступают в стационар для повторных операций.

Цель исследования. Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения полипозного риносинусита с помощью иммунологической характеристики процесса, а также разработать диагностические и лечебные алгоритмы заболевания.

Материалы и методы. С 2017-2023 гг. под нашим наблюдением находилось 164 больных хроническими полипозными риносинуситами. Мужчин было 102, женщин — 62. В возрасте от 15 до 20 лет было 6 человек, от 21 года до 30 лет — 24, от 31 года до 40 лет — 36, от 41 года до 50 лет — 51, от 51 года до 60 лет — 31 и старше 60 лет — 16 пациентов. С давностью заболевания до 3 лет было 62 обследуемых, до 5 лет — 35, до 10 лет — 38, до 15 лет — 17, до 20 лет — 9 и больше 20 лет — 3. Двусторонний хронический полипозный

полисинусит диагностирован у 99 пациентов, односторонний — у 37, двусторонний полипозный этмоидит — у 22, односторонний — у 6.

Результаты. Наши наблюдения показали, что сравнительно лучшие результаты получены у тех пациентов, у которых пораженные пазухи были максимально освобождены от патологического содержимого. Если по какой-либо причине не все пазухи были освобождены от полипов и гноя, возникали ранние рецидивы полипоза. В зависимости от методов лечения было выделено три группы больных. В 1-й группе (29 человек) проводилось только симптоматическое лечение в послеоперационном периоде. Больным 2-й группы (92 чел.) после операции в течение 12—15 дней были назначены антигистаминные препараты и смазывание слизистой оболочки носа мазью гиоксизона 1 раз в день в течение 2—3 месяцев. Больные 3-й группы (40 чел.) в послеоперационном периоде, кроме вышеуказанного лечения, дополнительно получали ежедневно внутривенные вливания 5—10 мл 30 % раствора тиосульфата натрия в течение 10 дней. Ближайшие и отдаленные результаты оказались хорошими у обследуемых третьей группы. У трех из них восстановилась обонятельная функция, чего не отмечено в других группах. Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 3 лет) изучены у 60 больных — по 20 человек в каждой группе. В первой группе отличные результаты (дыхание через нос свободное, полипов нет) получены у 4 лиц, хорошие (дыхание свободное, имеются мелкие полипы в куполе носа) — у 6, плохие (дыхание затруднено, имеются полипы в куполе и в среднем носовом ходе) — у 10. У подавляющего большинства пациентов рецидив полипоза наступил через 6 мес после операции. Во второй группе отличные результаты имели место у 7 человек, хорошие — у 11, плохие — у 2. В третьей группе отличные результаты установлены у 12 лиц, хорошие — у 7, плохие — у 1. Проведенные наблюдения показали, что в целях длительной ремиссии, замедления роста полипов и предупреждения развития ранних рецидивов необходимо проводить комплексное лечение, при котором хирургическое вмешательство сочеталось бы с медикаментозной терапией.

Выводы. Для предупреждения рецидивирования полипоза при хроническом риносинусите рекомендуется хирургическое лечение сочетать с медикаментозным, включающим применение антигистаминных средств. В связи с тем, что полипоз носа и околоносовых пазух в 68% случаев сопровождается гнойным поражением, необходимо, по возможности, полнее санировать верхнечелюстные пазухи и пазухи решетчатой кости, а в некоторых случаях и другие пазухи с целью ликвидации очага аллергизации организма и в последующем назначать антибиотики широкого спектра действия.

АЛГОРИТМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Панкова В.Б.^{1,2,3*}, Федина И.Н.^{3,4,5}, Бомштейн Н.Г.³, Серебряков П.В.^{2,3}, Учуров А.Г.³

¹ФГУП «Всероссийский НИИ гигиены транспорта» Роспотребнадзора

²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России»

⁴ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. академика Н.Ф.Измерова»

⁵ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

*E-mail: pankova@vniijg.ru

Быстро меняющийся мир обуславливает новые вызовы, определяющие неизвестные ранее риски, связанные с профессиональными заболеваниями, которые необходимо своевременно распознавать, оценивать, минимизировать и вовремя выявлять признаки начального развития возможного профессионального заболевания».

Профессиональная тугоухость стабильно занимает приоритетное место в структуре профессиональной заболеваемости работников страны, составляя в 2023 г. 25,87%, что связано с большим количеством рабочих мест, характеризующихся наличием производственного шума, превышающего допустимые санитарно-гигиенические нормативы. Сложность и неоднозначность этиологии профессиональной тугоухости, частое формирование социальных конфликтов в случае неудовлетворённости пациента или работодателя экспертным решением в отношении причины заболевания, определяют строгие рамки деятельности специалистов - профпатологов при проведении диагностической и экспертной работы. Регламенты взаимодействия специалистов направлены на практическое применение унифицированных подходов к диагностике, лечению, реабилитации, профилактике и экспертизе связи заболевания органа слуха с профессией, определения дальнейшей профпригодности при различной степени тяжести потери слуха от воздействия шума.

Основой разработанных регламентов являются федеральные и отраслевые документы, определяющие строгие рамки работы специалистов: Постановление Правительства Российской Федерации от 05 июля 2022 г. №1206 «Об утверждении Положения о расследовании и учёте профессиональных заболеваний»; приказы Минздрава России от 13 ноября 2012 г. №911н, и от 28.01.2021 г. №29н, определяющие порядок и регламенты проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников, приказы

Минздрава России от 31.01.2019 №36н и от 05 мая 2016 г. №282н, утверждающие порядок экспертизы связи заболевания с профессией и экспертизы профессиональной пригодности.

Наиболее подробно регламенты взаимодействия всех специалистов, участвующих в экспертно-диагностической работе по вопросу профессиональной тугоухости: оториноларингологов, сурдологов-оториноларингологов, профпатологов, врачей по гигиене труда, медицине труда и всех медицинских специалистов, принимающих участие в диагностической и экспертной работе при оценке состояния слуха у работников «шумоопасных» профессий, изложены в утверждённых в 2024 году, актуализированных Клинических Рекомендациях Минздрава России «Потеря слуха, вызванная шумом» № 609_2.

Согласно названным Клиническим Рекомендациям, выделяют две нозологические формы нарушения слуховой функции в соответствии с МКБ10: Z57.0 – Неблагоприятное воздействие производственного шума (признаки воздействия шума на орган слуха) и H83.3 – Шумовые эффекты внутреннего уха (потеря слуха, вызванная шумом) – хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость I, II, III степени снижения слуха. Особенностью отечественного подхода к диагностике профессиональных нарушений слуха является выделение нозологической формы Z57.0, в строгом смысле слова являющейся донозологическим состоянием, которое не рассматривается как профессиональной заболевание, однако данная формулировка необходима для обоснования и реализации реабилитационных мер с целью замедления течения патологического процесса и продления трудового долголетия.

Указание в диагнозе данной формы нарушения слуховой функции, свидетельствует о наличии ранних признаков негативного воздействия производственного шума на организм работника и напрямую направлено на профилактику развития клинически выраженных форм профессиональных потерь слуха.

Конкретные действия медицинских специалистов на этом этапе должны быть следующими.

1. Врач-оториноларинголог, обследующий работника «шумовой» профессии в рамках профилактического периодического осмотра (ПМО), выявив аудиологический «провал» слуховых порогов на 4000 Гц, анализирует условия труда (данные карты СОУТ) и при наличии доказательств (интенсивность производственного шума выше ПДУ) формулирует заключение «Неблагоприятное воздействие производственного шума (Признаки воздействия шума на орган слуха)».

2. Председатель врачебной комиссии (врач-профпатолог), при наличии диагноза «Неблагоприятное воздействие производственного шума (Признаки воздействия шума на орган слуха)», вносит заключение в акт по результатам ПМО, включает работника во 2-ю группу динамического наблюдения. Работнику назначается индивидуальная программа

реабилитации слуха и осуществляется контроль за её выполнением. Работник признаётся трудоспособным в своей профессии и подлежит санаторно-курортному лечению с целью профилактики дальнейшего нарушения здоровья от воздействия шума.

КОРРЕЛЯЦИЯ КРАНИОТИПА И ФОРМЫ СОУСТЬЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Покровская Е.М.^{1,2}, Красножен В.Н.^{1,2}, Федорова В.В.^{1*}, Золотенин М.К.¹

¹ ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

² КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

*E-mail: vella91@mail.ru

Введение. Различные размеры и формы носа у людей вызваны историческими эволюционными механизмами в связи с необходимостью адаптации человека к различным климатическим условиям в ходе заселения земли *Homo sapiens*. Форма внешнего носа, как и его внутренние структуры влияют на аэродинамику проходящего воздуха, что в свою очередь воздействует на функциональные возможности нашего организма. В настоящее время, без знания закономерностей анатомии черепа невозможно выполнение оперативных вмешательств с применением современных технологий. По данным мировой литературы недостаточно информации о соотношении краниотипа и формы соустья клиновидной пазухи

Цель исследования. Определить связь краниотипа с формой соустья клиновидной пазухи и возможности прогнозирования заболевания.

Материалы и методы. Представлен собственный опыт обследования 50 трупов (мужчин 24, женщин 26) и 10 пациентов (среди них мужчин 4, женщин 6). Проведен анализ краниотипов и соустьев клиновидной пазухи. Исследование выполнено инструментальными методами, исходя из полученных данных обследования мы оценивали форму соустья и краниотип.

Результаты. Для определения краниотипа было осуществлено вычисление черепного указателя 50 трупных материалов и головного указателя 10 пациентов. Мы произвели измерения продольного (от точки *glabella* до точки *opisthokranion*) и поперечного (расстояние между точками *euryon*) размеров черепа. Все обследованные были разделены на три группы в зависимости от краниотипа: долехоцефалия, мезоцефалия, брахицефалия. Среди долихоцефалов мужчин обнаружено 1 (3,6%) случай, женщин – 4 (12,5%). Мезоцефалы: мужчин – 10 (35,7%), женщин – 13 (40,6%). Брахицефалы: мужчин – 17 (60,7%), женщин – 15 (46,9%). При исследовании определены следующие формы соустья клиновидной пазухи: круг, овал, щель.

Выводы. Исходя из полученных данных было определено следующее: для разных краниотипов характерны различные формы соустьев, а именно для большинства брахицефалов характерна округлая форма соустья (58%), для мезоцефалов овальная форма соустья (80%), для долихоцефалов смешанная (50% и 50%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Преображенская Е.А.* , Сухова А.В.

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены имени Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора

*E-mail: preobrazhenskaya.ea@fncg.ru

Введение. Исследования последних лет показали, что среди многочисленных сопутствующих заболеваний наибольшее влияние на течение профессиональной нейросенсорной тугоухости (ПНСТ) оказывает сердечно-сосудистая патология, в частности, гипертоническая болезнь.

У лиц с ПНСТ гипертоническая болезнь (ГБ) встречается значительно чаще (40-70%), чем у лиц, имеющих нейросенсорную тугоухость, не связанную с воздействием шума (18-25%). Для ПНСТ на фоне ГБ характерно прогрессирующее течение даже после прекращения контакта с шумом, что приводит к ограничению жизнедеятельности и трудоспособности, снижению качества жизни, ограничению социального функционирования.

Низкая эффективность симптоматического лечения профессиональной тугоухости и высокая степень устойчивости патологического процесса являются основанием для разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих эффективно воздействовать на течение ПНСТ и коморбидной сердечно-сосудистой патологии с учетом патогенетической взаимосвязи имеющихся нарушений.

Одним из перспективных методов коррекции, направленно влияющих на нормализацию гомеостатических процессов, является транскраниальная электростимуляция.

Цель исследования. Оценить эффективность транскраниальной электростимуляции (ТЭС) при коморбидном течении ПНСТ и гипертонической болезни.

Материалы и методы. Обследованы две группы больных ПНСТ в сочетании с ГБ. Пациенты 1 группы (128 человек) получали медикаментозную сосудистую, метаболическую, антиоксидантную терапию. У пациентов 2 группы (126 человек) наряду с медикаментозной терапией проводилась ТЭС на аппарате «Трансаир-01», длительность процедуры 30 мин,

ежедневно, курс 10-12 процедур. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы. Средний возраст 48,8±5,3 лет, стаж работы 20,7±4,6 лет.

Динамика лечения оценивалась по суточному мониторингованию артериального давления (СМАД), аудиологическим показателям и показателям качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты. В результате лечения во 2 группе больных, получавших ТЭС, отмечалась более выраженная положительная динамика показателей СМАД и нормализация суточного профиля артериального давления. На фоне терапии наблюдалось достоверное снижение среднесуточных показателей систолического и диастолического артериального давления (ССАД и СДАД) по данным СМАД.

Гипертонический индекс времени (ГИВ) САД и ДАД, оценивающий время, в течение которого регистрируется повышенное артериальное давление (АД), на фоне лечения снизился в обеих группах. Однако в 2 группе пациентов, которые проходили курс лечения с применением ТЭС, установлена более выраженная положительная динамика ($p<0,05$). Положительная динамика по показателям величины утреннего подъема (ВУП) и скорости утреннего подъема (СУП) САД и ДАД отмечена во 2 группе больных, получавших ТЭС ($p<0,05$). Суточный индекс (СИ), который оценивает суточный ритм и степень ночного снижения АД, достоверно увеличился во 2 группе на 11-13% ($p<0,05$), тогда как в 1 группе СИ САД и ДАД увеличилась только на 5-6%.

Установлено повышение адаптационных возможностей организма с уровня «функционального перенапряжения» до «достаточной, удовлетворительной адаптации» у пациентов 2 группы.

Улучшение слуха по данным тональной пороговой аудиометрии выявлено у 50% больных во 2 группе, 35% – в 1 группе ($p<0,05$). Средние величины порогов слуха по воздушной проводимости достоверно снизились в группе больных, получавших ТЭС: прирост слуха в области разговорных частот составил 5-6 дБ ($p<0,05$), в диапазоне высоких частот - 6-8 дБ ($p<0,05$). У пациентов 1 группы достоверной динамики порогов слуха отмечено не было, что сочеталось с сохранением жалоб на шум в ушах и снижение разборчивости речи. При этом в обеих сравниваемых группах улучшение слуха наблюдалось преимущественно у пациентов, имевших легкую степень снижения слуха.

Комбинированная терапия с применением ТЭС оказала положительное влияние на основные параметры качества жизни больных. У больных 2 группы отмечено достоверное повышение показателей, отражающих физическую составляющую здоровья (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, общее здоровье) ($p<0,05$), а также отмечалась нормализация показателей психологического здоровья ($p<0,05$). В 1 группе

больных достоверной оказалась только положительная динамика по показателю физического функционирования ($p < 0,05$)

Заключение. Полученные результаты дают основание рекомендовать методику ТЭС в комплексе лечебно-профилактических мероприятий для больных ПНСТ в сочетании с ГБ для обеспечения наиболее адекватной терапии, направленной на сохранение слуховой функции, адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы и качества жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКАШЛЕВОГО ЯЗВЕННОГО ЛАРИНГИТА

**Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Елисеев О.В., Курбанова Д.И., Лесогорова Е.В.,
Красильникова Е.Н., Сафьянникова Е.А.**

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.
Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Введение. Язвенный ларингит считается редким заболеванием, одной из причин развития которого может быть длительный и сильный кашель. В данном случае такой ларингит называют «посткашлевым», при ларингоскопии выявляют язвы в средней трети голосовых складок, и проявляется он выраженной стойкой охриплостью. Основным лечебным мероприятием при этой патологии гортани считается устранение основного этиологического фактора - кашля, однако заживление язвенных дефектов голосовых складок и восстановление голоса далеко не всегда происходит сразу после регресса кашля, а курс лечения может продлиться от 6 недель до нескольких месяцев. Не существует единой лечебной тактики, конкретных сроков и схем лечения при этом заболевании. Различные авторы рекомендуют противовоспалительную, ингаляционную, противорефлюксную, антибактериальную, противогрибковую, противовирусную терапию, физиотерапию, фонопедические занятия и многое другое. Несмотря на то, что в большинстве случаев удается добиться полной эпителизации язвенных дефектов и восстановления голоса, всегда есть вероятность развития рубцовой деформации голосовых складок в исходе воспалительного процесса, что может привести к стойкому ухудшению голосовой функции и снижению качества жизни и трудоспособности пациентов. Отмечено, что за последние 3 года возросло число пациентов с язвенным ларингитом, что может быть обусловлено повышением количества новых респираторных вирусных инфекций, в том числе - новых штаммов COVID-19, одним из симптомов которых является упорный кашель.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины и эффективность лечения посткашлевого язвенного ларингита.

Материалы и методы. В исследуемую группу включили 10 пациентов (9 женщин и 1 мужчина, в возрасте от 43 до 73 лет, средний возраст – 62 года) с выявленным посткашлевым язвенным ларингитом, обратившихся на консультацию к фониатру в ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы за последний 1 год. Всем пациентам помимо стандартного осмотра проводили непрямую микроларингоскопию, видеоларингостробоскопию, микробиологические исследования в динамике.

Результаты. У всех пациентов начало заболевания было связано с сильным длительным кашлем. Длительность заболевания (от возникновения охриплости до обращения к фониатру) была от 1 до 4 месяцев и в среднем составила 2,5 месяца. Курение в анамнезе выявлено у 3 пациентов, повышенная голосовая нагрузка – у 4. Из сопутствующих заболеваний в 4 случаях выявлена бронхиальная астма, в 1 – ХОБЛ, в 1 – сахарный диабет и в 1 – ревматоидный артрит.

Клиническая картина у всех пациентов была схожей. Основные жалобы: охриплость и длительный кашель. При непрямой микроларингоскопии мы определяли гиперемиию и утолщение голосовых складок с наличием эрозий или язвочек, покрытых фибрином, в средней трети по свободному краю с переходом на верхнюю поверхность голосовых складок, а также - выраженную пахидермию в межчерпаловидной области. При видеоларингостробоскопии определяли снижение амплитуды колебаний в зоне эрозий и язв, сохранение слизистой волны. Микробиологические исследования у 2 пациентов выявлены грибы *Candida albicans* 10*4 КОЕ/мл, у остальных 8 пациентов - рост нормальной микрофлоры.

Всем пациентам проведен курс комплексной терапии, включающей антирефлюксную, противовоспалительную, муколитическую, противокашлевую, ингаляционную терапию, витаминные и ферментные комплексы, препараты, улучшающие метаболические процессы и микроциркуляцию. Двум пациентам с выявленной грибковой флорой проведен курс комбинированной противогрибковой терапии. 1 пациенту потребовалось хирургическое лечение – эндоларингеальное микрохирургическое удаление измененной слизистой оболочки голосовых складок под наркозом при прямой опорной микроларингоскопии. Сроки лечения пациентов до восстановления голосовой функции и вибраторных свойств голосовых складок варьировали от 4 до 40 недель (в среднем – 8 недель).

Выводы. Посткашлевой язвенный ларингит редкое заболевание, возникающее вследствие кашлевой травмы и проявляющееся стойкой охриплостью и образованием язвенных дефектов голосовых складок. От начала лечения до полного восстановления голосовых складок может пройти от 4 недель до нескольких месяцев, в связи с чем важно начинать лечение в максимально ранние сроки. Необходимы дальнейшие исследования для разработки оптимального лечебно-диагностического алгоритма при этой патологии.

СТРУКТУРА ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ НА ФОНИАТРИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Курбанова Д.И., Лесогорова Е.В.*, Елисеев О.В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.

Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

*E-mail: lesogorovaEV@zdrav.mos.ru

Цель исследования. Оценить частоту обращаемости и структуру заболеваемости пациентов старшей возрастной группы на приеме у оториноларинголога-фониатра.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты пациентов, обратившихся на прием к оториноларингологу-фониатру в 2023 г. Оценку структуры заболеваемости проводили по основному диагнозу, явившему причиной консультации, после комплексной оценки состояния голосообразующего аппарата с применением непрямой микроларингоскопии, субъективной оценки голоса, а по показаниям эндоскопии гортани и ларингостробоскопии.

Результаты. За 2023 г. оториноларингологом-фониатром была проведена 4601 консультация. Пациенты старше 60 лет составили 56% (n-2568), младше 60 лет – 44% (n-2033). В старшей возрастной группе обследовано 1684 женщины и 884 мужчины, средний возраст пациентов – 69,3±2,7 лет.

Чаще всего у пациентов старшей возрастной группы диагностировано функциональное голосовое расстройство МКБ 10 R49.0: у женщин в 36% случаев (n-604), у мужчин – в 27% случаев (n-239). Преимущественно голосовое расстройство было по гипотонусному и гипогипертонусному типу, реже встречались пациенты с гипертонусной и спастической дисфонией.

Диагноз паралича гортани МКБ 10 J38.0 установлен в 24% случаев у женщин (n-404) и в 22% у мужчин (n-194). Этиология паралича гортани преимущественно была связана с интраоперационной травмой при хирургии щитовидной железы, сонных артерий и органов грудной клетки, а также опухолевого генеза.

Хронический ларингит МКБ 10 J37.0 выявлен в 26% случаев у мужчин (n-230) и в 17% случаев у женщин (n-287). Хронический катаральный ларингит встречался одинаково часто и мужчин и у женщин, хронический отечно-полипозный ларингит у курящих женщин и хронический гиперпластический ларингит преимущественно у курящих мужчин. Случаи атрофического ларингита наблюдались редко, преимущественно у пациентов, длительное время имевших контакт с профессиональной вредностью и сопутствующими

метаболическими нарушениями и аутоиммунными заболеваниями (например, болезнь Шегрена).

Доброкачественные новообразования гортани МКБ 10 D14.1 диагностировали преимущественно у мужчин в 12% случаев (n-106) и у женщин в 9% случаев (n-152). Чаще всего диагностировали полип голосовой складки и папилломатоз гортани, реже – кисты голосовых складок.

Диагноз хронического фарингита МКБ 10 J31.2 как основной и единственный диагностирован у 7% женщин (n-118) и 6% мужчин (n-53). Преобладала субатрофическая форма хронического фарингита и смешанные формы, однако встречалась и катаральная, и гипертрофическая форма. Другие заболевания гортани МКБ 10 J38.7, к которым относили в том числе кисты надгортанника и других локализаций установлены в 2,5% случаев у мужчин (n-22) и 2% случаев у женщин (n-34).

В большинстве случаев кисты гортани у пациентов старшей возрастной группы не требовали проведения хирургического лечения и являлись случайной находкой. Реже всего у пациентов старшей возрастной группы диагностировали гранулему гортани МКБ 10 J38.3 узелки голосовых складок J38.2, стеноз гортани J38.6, дизартрию R47.1, дисфагию R13.0, искривление носовой перегородки J34.2, хронический ринит J31.0, хронический синусит J32, доброкачественное новообразование глотки D10.5. Распространенность каждого из диагнозов составила менее 1%. При оценке данных диагнозов в совокупности – они составили среди женщин 5% (n-85) и 4,5% среди мужчин (n-40).

Среди больных фониатрического профиля старшей возрастной группы в большинстве случаев было отмечено сочетание нескольких диагнозов у одного пациента, однако для упрощения оценки структуры заболеваний анализ проведен по основному диагнозу. В связи с этим необходимо учитывать, что распространенность хронической патологии глотки и носа у данного контингента больных в действительности выше. Однако, на прием к врачу оториноларингологу-фониатру пациенты обращаются преимущественно с патологией, приводящей к нарушениям голоса и парестезиям в глотке.

Выводы. Проведенный анализ показал высокую обращаемость пациентов старшей возрастной группы на прием к врачу-фониатру – 56%. Наиболее распространённой патологией у данной категории пациентов явились функциональные расстройства голоса (до 27%), различные формы хронического ларингита (до 26%), параличи гортани (до 24%) и доброкачественные новообразования гортани (до 12%).

При обследовании пациентов старшей возрастной группы необходимо учитывать физиологические изменения всех ЛОР органов и голосообразующего аппарата, в частности, для постановки точного диагноза и определения тактики лечения.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ-ПРОФЕССИОНАЛОВ ГОЛОСА ПРИ КИСТАХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК

Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Лесогорова Е.В., Курбанова Д.И., Красильникова Е.Н., Сафьянникова Е.А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

E-mail: asdf36@mail.ru

Цель исследования. Разработка тактики ведения пациентов – профессионалов голоса с кистами голосовых складок.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 36 пациентов – профессионалов голоса в возрасте от 21 до 43 лет, стажем работы от 2 до 22 лет с кистами голосовых складок: мужчины – 12, женщины – 24; вокалисты – 11, драматические актеры – 7, педагоги – 6, переводчики-синхронисты – 4, продавцы-консультанты – 5, операторы колл-центров – 3.

Всем больным проведено комплексное обследование: субъективная оценка голоса по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), микроларингоскопия, видеоэндоларингостробоскопия, акустический анализ голоса (система Kay Pentax).

Результаты. Кисты по медиальному краю голосовой складки выявлены у 23 пациентов (серозные – 14, гнойные – 9), в толще голосовой складки – у 13 (серозные – 8, гнойные – 5).

Пациенты с гнойными кистами (n=14) были оперированы с последующей противовоспалительной терапией и фонопедией. У 11 пациентов голосовая функция восстановилась в полном объеме. У 3 пациентов развилась рубцовая деформация голосовой складки, потребовавшая дополнительного лечения.

Пациентам с серозными кистами (n=22) была проведена противовоспалительная и лимфодренирующая терапия в сочетании с фонопедией. Субъективное улучшение качества голоса и восстановление трудоспособности отмечено у 15 пациентов. У 7 пациентов консервативное лечение не дало желаемого результата, они были оперированы. У 3 пациентов развилась рубцовая деформация голосовой складки (у 1 пациентки трудоспособность утрачена).

Выводы:

1. При серозных кистах голосовых складок показано консервативное лечение – противовоспалительная терапия и фонопедия, что позволяет у большинства больных добиться реабилитации голосовой функции без хирургического лечения и прерывания трудовой деятельности.

2. Гнойные кисты голосовых складок подлежат хирургическому лечению.
3. У профессионалов голоса с высокими требованиями к его качеству хирургическое лечение целесообразно проводить только при неэффективности консервативной терапии и невозможности осуществления пациентом профессиональной деятельности из-за существующего риска развития рубцовой деформации голосовой складки и потери трудоспособности.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДАХ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Саидов З.М., Джамалудинов Ю.А.

ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

*E-mail: ziavdin333@mail.ru

Введение. Течение и исход хирургического лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) во многом зависит от состояния врождённого и адаптивного системного иммунитета и местного иммунитета полости среднего уха. (Ганковская Л.В. и др. 2016, Байке Е.В. и др. 2016). Иммунный ответ на инфекционный антигенный стимул, активность инфекционного воспаления, степень распространения патологического процесса, регенерации и фиброза *in situ*, клинического исхода тимпаноластики при ХГСО, генетически детерминированы (Pichichero ME et al., 2018). В этом отношении наиболее важной является система генов главного комплекса гистосовместимости человека (HLA). В отношении тимпаноластики при ХГСО HLA система ответственна за приживление, либо отторжение неотимпанального трансплантата, а также за характер воспалительно-регенеративной реакции слизистой оболочки барабанной полости. Генетические варианты системы HLA ассоциированы с популяционным распределением, что послужило обоснованием изучить исходы операций тимпаноластики у жителей Республики Дагестан.

Цель исследования. Изучение прогностической значимости аллельных вариантов генов HLA в клинических исходах тимпаноластики при эпитимпанитах и мезотимпанитах у жителей Республики Дагестан.

Материалы и методы. Операция тимпаноластика с и без санации была проведена 50 пациентам с ХГСО. Типирование генов системы HLA у пациентов с эпитимпанитами и

мезотимпанитами проведено методом Real Time PCR на наборах реагентов компании ООО «НПО ДНК-Технология». Для определения статистической значимости различий частот аллельных вариантов генов *HLA* в основной и контрольной группах использовался двусторонний точный критерий Фишера. Также рассчитывалась величина относительного риска (ОР) с 95 % доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. Пациентам с мезотимпанитами была проведена операция тимпанопластики с использованием методик Overlay и Underlay. В качестве пластического материала были использованы аутофасция и аутохрящ. Исходы операций определялись по истечении 2-3 месяцев и 6 месяцев после операции. Благоприятный клинический исход операции (исход 1) при мезотимпанитах характеризовался полным закрытием дефекта барабанной перепонки, нормальным её расположением без признаков воспалительного процесса. Неблагоприятный исход (исход 2) характеризовался рецидивом гнойного воспаления, смещением неотимпанального трансплантата, неполным его заживлением. Пациентам с эптитимпанитами была проведена операция тимпанопластики с и без санации с использованием методик Overlay и Underlay. В качестве пластического материала были использованы аутофасция и аутохрящ. Благоприятный клинический исход операции (исход 3) при эптитимпанитах характеризовался сохранением архитектоники наружного и среднего уха, воздушностью полостей, неотимпанальная мембрана была без дефектов и признаков воспаления. Неблагоприятный исход при эптитимпанитах (исход 4) характеризовался нарушением архитектоники наружного и среднего уха (рецидив воспалительного процесса) и его последствий в виде неполного приживления неотимпанальной мембраны.

Из всех протипированных генетических вариантов системы *HLA* при мезотимпанитах статистически значимое повышение частот определялось для аллеля *02 гена *DQB1* и аллеля *07 гена *DRB1* по сравнению с контрольной группой: 10(58%) против 1(9%) и 8(47%) против 2(18%), $p < 0,05$, соответственно. При эптитимпанитах статистически значимое повышение частоты встречаемости отмечается для аллеля *0102 гена *DQA1*, 11(54%) против 2(18%) в контроле, $p < 0,05$ и для аллеля *02 гена *DQB1* 12(57%) против 1(9%) в контроле, $p < 0,05$. Распределение частот указанных аллелей генов *HLA* при исходах операций тимпанопластики представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 при мезотимпанитах носители аллеля *02 гена *DQB1* и аллеля *07 гена *DRB1* имеют статистически значимый повышенный относительный риск развития неблагоприятного клинического исхода операции тимпанопластики, ОР=9,8 (3,69-25,9) и ОР = 3,4 (1,30-8,84) соответственно. При эптитимпанитах носители аллеля *0102 гена *DQA1* и аллеля *02 гена *DQB1* также имеют статистически значимый повышенный относительный

риск развития неблагоприятных клинических исходов операции тимпаноластики, ОР=4(1,6-11) и ОР=9(3,5-24,5) соответственно.

Таблица 1 – Выборочное сравнение распределения частот аллелей генов *HLA* при ХГСО и величины ОР неблагоприятных исходов тимпаноластики у жителей Республики Дагестан

Исходы операций тимпаноластики	Мезотимпаниты, аллель *02 гена <i>DQB1</i>	Мезотимпаниты, аллель *07 гена <i>DRB1</i>	Эпитимпаниты, аллель *0102 гена <i>DQA1</i>	Эпитимпаниты, аллель *02 гена <i>DQB1</i>
Исход 1	в 26 % случаев	в 33% случаев		
Исход 2	в 73 % случаев, ОР=9,8 (3,69-25,9)	в 65% случаев, ОР = 3,4 (1,30-8,84)		
Исход 3			в 30% случаев	в 26% случаев
Исход 4			в 65% случаев, ОР=4(1,6-11)	в 74% случаев, ОР=9(3,5-24,5)

Выводы. Представленные результаты дают основания для использования иммуногенетических биомаркеров в качестве одних из прогностических факторов клинических исходов операций тимпаноластики при ХГСО у жителей Республики Дагестан.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУБАРОТРАВМЫ УХА

Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Андреев П.П., Окунь О.С.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького»

Минздрава России

*E-mail: andreevdonent@gmail.com

Введение. Современное течение военных конфликтов сопровождается высокой частотой поражения органа слуха вследствие действия бризантных боеприпасов. Острая акубаротравма как компонент минно-взрывной травмы (МВТ) характеризуется определенными особенностями: скрытый характер течения на фоне более тяжелой патологии диффузный характер поражения всего слухового анализатора, полипатогенетичность и, как следствие, вариабельность клинической картины. Последствия акубаротравмы в виде снижения слуха приводят к снижению возможности слухового обнаружения одного из самых

опасных современных видов вооружения – дрона беспилотника. Таким образом, эффективное лечение акубаротравмы представляет важную клиническую задачу.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения акубаротравмы в зависимости от стадии течения заболевания.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-клиники ДонГМУ им. М. Горького. В исследование включено 184 пациента с акубаротравмой.

Результаты. При оценке эффективности проведенного лечения выявлено, что она напрямую зависит от сроков диагностики и начала лечения. Лечение, проведенное в первые две недели после травмирования, на 35-60% эффективней, чем начатое в более поздние сроки. Наиболее эффективным является сочетание гирудотерапии и стандартной терапии сенсоневральной тугоухости. Использование гирудотерапии имеет значение только в первые две недели, в дальнейшем ее использование не приносит значимого эффекта. Эффективность терапии повторных акубаротравм крайне низка и приводит к восстановлению слуха не более чем в трети случаев.

Выводы:

1. Включение гирудотерапии в комплекс терапии является клинически обоснованным. При отсутствии возможности проведения гирудотерапии в комплексе терапии, необходимо включение препаратов с тромболитической активностью.
2. Наиболее важное значение имеет ранняя диагностика нарушений слуха, особенно при тяжелой сочетанной патологии.
3. Во всех случаях, когда диагностика слуха невозможна и есть подозрение на акубаротравму уха, рекомендовано включение в комплекс терапии глюкокортикоидов, препаратов, улучшающих реологию крови, нейропротекторов и ноотропов.

**ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА
(ПЬЕЗОТОМА) ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОСТНЫХ СТРУКТУРАХ НАРУЖНОГО И
СРЕДНЕГО УХА**

Семенов Ф.В.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

E-mail: orplastika@mail.ru

Введение. Техника хирургического вмешательства является наиболее детально разработанным вопросом в лечении больных с патологией наружного и среднего уха. В современной отохирургии для работы в области височной кости используются

высокоскоростные бормашины. Применение этого инструмента оказало революционное влияние на технические возможности хирурга. В то же время отдельные этапы санирующих и реконструктивных операций при использовании бормашины нередко вызывают затруднения даже у опытных специалистов. К таким этапам можно отнести, в частности, каналопластику, удаление костного навеса над входом в антрум, работу в области канала лицевого нерва, твердой мозговой оболочки и др. При использовании бормашины во время каналопластики велика вероятность травмирования кожи наружного слухового прохода вращающейся фрезой, врачу приходится прибегать к дополнительным мерам защиты от травмы барабанной перепонки и цепи слуховых косточек. Небезопасно применение бормашины и при медиальном расположении остеом наружного слухового прохода в связи с возможностью травмирования структур среднего уха. При фрезеровании кости возможно соскальзывание сверла с обрабатываемой поверхности, что может привести к травмированию функционально важных образований среднего и внутреннего уха, кожи наружного слухового прохода, лицевого нерва, твердой мозговой оболочки, в том числе и сигмовидного синуса. К недостаткам использования бормашины относят и возможность развития сенсоневральной тугоухости при воздействии шума и вибрации. Повышение температуры в канале лицевого при сверлении височной кости потенциально может привести к воспалению нерва с нарушением его функции.

В литературе есть сведения относительно использования пьезоинструмента в челюстно-лицевой хирургии. При его воздействии на кость сводится к минимуму повреждение мягких тканей даже при непосредственном контакте с рабочей частью инструмента. В отличие от бормашины пьезотом требует только минимального давления на костную ткань. Инструмент должен плавно скользить по удаляемой костной ткани, что позволяет более точно рассчитывать движения руки хирурга. Пьезотом не издает при работе значительного шума, вибрация практически отсутствует.

Цель работы. Изучить преимущества и недостатки использования ультразвукового хирургического инструмента (пьезотома) в сравнении с бормашиной на отдельных этапах операций в области наружного и среднего уха

Материалы и методы. В период с 2022 г. по 2023 гг. в ГБУЗ «КБ № 3» г. Краснодара с применением пьезотома выполнена 51 операция в области наружного и среднего уха, в том числе: 12 операций по поводу новообразований наружного слухового прохода на широком основании (остеомы и экзостозы НСП), 26 санирующих операций с сохранением задней костной стенки наружного слухового прохода (НСП) с каналопластикой, 8 санирующих операций открытого типа, потребовавших работы в области костного канала лицевого нерва, 5 расширенных операций на среднем ухе с обнажением твердой мозговой оболочки средней и задней черепной ямки. Операции выполняли 2 хирурга с последующей оценкой следующих

показателей: 1) удобство выполнения соответствующего этапа операции в сравнении с бормашиной; 2) время в минутах, необходимое для проведения соответствующего этапа операции; 3) перечень технических затруднений, выявленных при использовании пьезотома в сравнении с бормашиной в во время вмешательства.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение ультразвукового инструмента при выполнении отдельных этапов операции на костных структурах наружного и среднего уха как более безопасного и удобного в сравнении с бормашиной. Наиболее целесообразно использование пьезотома при удалении костных образований на широком основании в области наружного слухового прохода, каналопластике, работе в области канала лицевого нерва, твердой мозговой оболочки средней черепной ямки и сигмовидного синуса.

МЕТОД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ТРЕПАНАЦИОННЫХ ПОЛОСТЕЙ СРЕДНЕГО УХА

Семенов Ф.В., Унтевский В.С.*

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

*E-mail: vasilyuntevsky@yandex.ru

Введение. Для успешного лечения хронического гнойного среднего отита пациентам требуется выполнение санирующей операции на среднем ухе и реконструкции звукопроводящей системы. Немаловажное значение несет послеоперационный уход за образовавшейся раной, которая имеет особенности: она открыта и контактирует с внешней средой, имеет обнаженные костные участки, а сам механизм заживления происходит по типу вторичного натяжения.

Современный подход в лечении ран предусматривает создание оптимальных условий в области заживления. Общеизвестным методом для этого является использование раневых покрытий. Они широко используются в хирургии, однако опыт их применения в отоларингологии небольшой.

Цель исследования. Изучить влияние раневых покрытий на послеоперационное заживление трепанационных полостей среднего уха. В исследование вошло 80 пациентов с ХГСО, которым была выполнена санирующая операция открытого типа на среднем ухе. Началом исследования считался 7 день после операции, когда производилось удаление ушных тампонов. Все пациенты случайным образом были разделены на две группы. В группе сравнения (n=30) в течение 14 дней послеоперационного лечения ежедневно дважды в день в

ухо закапывались капли, содержащие дексаметазон 1 мг/мл и ципрофлоксацин 3 мг/мл. Пациентам основной группы (n=50) дополнительно на поверхность раны помещались раневые покрытия при каждом контрольном осмотре на протяжении 5 недель. Осмотры проводились еженедельно в течение одного месяца и на 60-й день (всего 6 осмотров).

Альгинатные раневые покрытия применялись в воспалительную фазу раневого процесса. В фазу пролиферации – гидрогелевые. С наступлением полноценной пролиферативной фазы и в начале эпителизации гидрогелевое покрытие было заменено на хитозан-содержащий гель. Такой подход обусловлен отсутствием универсального раневого покрытия, способного одинаково эффективно стимулировать заживление на протяжении всего раневого процесса.

При каждом осмотре для оценки качества жизни исследуемые заполняли международный опросник COMQ-12, а также отоэндоскопически оценивалась эпителизация раневой поверхности. В начале исследования и на 30-й день наблюдения в смывах из уха изучались концентрации провоспалительных цитокинов: ИЛ-8 и ИЛ-17 методом ИФА. При контрольных осмотрах на 7, 14, 21 дни наблюдения с раны получали мазок-отпечаток. Микропрепараты просматривались с помощью светового микроскопа. Изучался клеточный состав, вид фагоцитоза, содержание и расположение микрофлоры с последующим определением типа цитограммы, основываясь на классификации М. Ф. Камаева.

Различия в субъективных ощущениях в исследуемых группах начинали наблюдаться с 14 дня: в основной группе пациенты набирали $21 \pm 4,13$ балла, а в группе сравнения $25 \pm 4,24$ ($p=0,001$). В последующих контрольных осмотрах также наблюдались статистически значимые различия.

Полноценная эпителизация раневой поверхности отмечена с 21 дня наблюдения у 7 пациентов основной группы (14 %). В группе сравнения эпителизации раневой поверхности к этому сроку достигнуто не было ($p=0,02$). На 30-й день соответствующие результаты были у 36 (72 %) и 6 (20 %) пациентов, соответственно ($p < 0,001$). По окончании исследования 43 (86 %) пациента основной группы имели завершённую эпителизацию трепанационной полости, в то время как в группе сравнения – только 12 (40 %) пациентов ($p < 0,001$).

Дифференцированный подход в применении раневых покрытий оказал противовоспалительное действие, выражающееся в более быстром снижении ИЛ-8 и ИЛ-17 отделяемого ран. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Цитологическая картина мазков-отпечатков начинала различаться с 14-го дня за счет преобладания воспалительного и воспалительно-регенераторного типа цитограммы в основной группе. Однако изменения оказались статистически не значимыми ($p=0,1$). На 21-й день в основной группе в 61,8% случаев был выявлен воспалительно-регенераторный тип

цитогаммы и в 36,4% – регенераторный, что достоверно отличалось от результатов в группе сравнения ($p=0,017$), где примерно с одинаковой частотой встречались воспалительный, воспалительно-регенераторный и регенераторный типы.

Таблица 1 – Содержание цитокинов в смывах из трепанационной полости

Цитокин	День наблюдения	Основная группа M±SD, пг/мл	Контрольная группа M±SD, пг/мл	P
ИЛ-8	1	1192,24±464,76	1304,2±423,04	0,277
	30	770,65±300,78	967,07±380,36	0,011*
ИЛ-17	1	21,85±4,9	21,27±5,13	0,604
	30	11,96±2,24	15,73±4,23	<0,001*

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Выводы. Т.о., использование раневых покрытий улучшало переносимость лечения и качество жизни пациентов, оказывало противовоспалительное действие и способствовало ускоренной эпителизации раневой поверхности трепанационной полости среднего уха.

ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ РУБЦОВО-СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ СРЕДНЕГО УХА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ НА УРОВЕНЬ СНИЖЕНИЯ СЛУХА

Ситников С.И.*, Дворянчиков В.В., Ерёмин С.А., Горпинич В.Д.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

*E-mail: sitnikov-lor@mail.ru

Наиболее эффективным методом лечения хронического гнойного среднего отита является хирургический – тимпаноластика. Первостепенной задачей хирургического лечения является создание чистого и свободного от патологии среднего уха. Второстепенная задача – сохранение слуха на исходном уровне или его улучшение.

Снижение слуха при хроническом гнойном среднем отите может быть обусловлено различными причинами, среди которых немаловажную роль играет развитие рубцово-спаечных процессов в среднем ухе. Спайки могут мягко или жёстко соединять элементы звукопроводящей цепи между собой или с окружающими структурами, что приводит к снижению слуха.

В настоящее время мы не обнаруживаем исследований, где оценивалось бы влияние выраженности и локализации рубцово-спаечного процесса на уровень снижения слуха у

пациентов с хроническим гнойным средним отитом с сохранной цепью. Данная тема вызывает интерес с точки зрения возможности прогнозирования улучшения слуха после хирургического лечения и выбора оптимальных методов периоперационной профилактики развития рубцово-спаечных процессов в среднем ухе.

Цель исследования. Оценить влияние выраженности и локализации рубцово-спаечного процесса на уровень снижения слуха у пациентов с хроническим гнойным средним отитом при сохранной цепи слуховых косточек. На данном этапе мы проводим ретроспективно-проспективную оценку предоперационного уровня снижения слуха с учётом данных компьютерных томографий височных костей, показателей тональных пороговых аудиометрий и интраоперационных находок. В дальнейшем, в рамках расширения настоящего исследования, планируется оценка тональных пороговых аудиометрий, компьютерных томографий и интраоперационных находок (если будет проводиться ревизия) через 6 и 12 месяцев после первичного хирургического вмешательства с целью разработки оптимальных схем периоперационной профилактики развития рубцово-спаечных процессов в среднем ухе у пациентов с хроническим гнойным средним отитом.

На данный момент в рамках исследования были проанализированы предоперационные данные 74 пациентов с хроническим гнойным средним отитом.

Были получены и статистически обоснованы данные, подтверждающие влияние выраженности и локализации рубцово-спаечных процессов в среднем ухе у пациентов с хроническим гнойным средним отитом при сохранной цепи слуховых косточек.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Соатов И.О.*, Джураев Ж.А.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

*E-mail: Soatov.ilyosjon@gmail.com

Введение. Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) с полипозными изменениями в полости носа и придаточных пазухах, характеризуется инфильтрацией воспалительными клетками (например, эозинофилами, нейтрофилами, лимфоцитами, плазматическими клетками), процессом дифференцировки и перестройки тканей в эпителиальные клетки, а также утолщением субэпителиальной мембраны и ее необычной модификацией – многофакторное заболевание слизистой оболочки носа с отеком и накоплением внеклеточного матрикса (ЕСМ).

Распространенность ХПРС среди населения в целом составляет примерно 4%, причем заболеваемость выше у мужчин, чем у женщин [1]. Заболевание обычно начинается в зрелом возрасте, в среднем – в возрасте 42 лет [2]. Сообщалось также об увеличении расходов на здравоохранение: годовые прямые затраты на одного пациента составили 2609 долларов в США и 1861 евро в Европе. Косвенные затраты, то есть затраты из-за прогулов и снижения производительности, еще выше, а СРС входит в десятку самых дорогостоящих заболеваний для работодателей США (> 20 миллиардов долларов в год) [3].

Цель исследования. Являясь связующим звеном между генами и окружающей средой, эпигенетические модификации помогают нам понять этиологию сложных признаков и заболеваний, таких как СРС, что приводит к более глубокому пониманию клинических и молекулярных факторов [4] и позволяет идентифицировать их. Различные группы пациентов в разных географических регионах позволяют выбрать наиболее эффективное терапевтическое вмешательство [5]. Авторы применили этот подход, сосредоточив внимание на трех основных эпигенетических механизмах, а именно метилировании ДНК, модификациях гистонов и некодирующих РНК, главным образом микроРНК (мРНК). Таким образом, изучая регуляцию экспрессии генов как у пациентов с ХПРС, так и у контрольной группы, можно будет идентифицировать эпигенетические метки, специфичные для заболевания.

Материалы и методы. В настоящее время к возбудителям хронического риносинусита с полипами носа и без него относят следующие факторы:

- экзогенные факторы: вирусы, бактерии, грибки, лекарственные препараты, различные травмы, воздействие токсичных веществ или загрязнение окружающей среды;
- общие эндогенные факторы: аллергические заболевания, аутоиммунные заболевания, повышенная чувствительность к ацетилсалициловой кислоте и ее производным, гормональные нарушения, гортанно-глоточный рефлюкс, заболевания, связанные с образованием грануляционной ткани, иммунные нарушения, генетические синдромы цилиарных заболеваний (синдром Картагенера, муковисцидоз). или отежного типа;
- местные эндогенные факторы: анатомические аномалии (увеличение решетчатой буллы, утолщение и удлинение средней носовой раковины, искривление стенки носа), опухоли или приобретенные синдромы цилиарных заболеваний респираторного эпителия [6, 7].

В рамках течения хронического риносинусита полипы рассматривают прежде всего как следствие далеко зашедших воспалительных процессов [8, 9]. Однако реальные процессы, ответственные за их развитие, остаются неясными.

Результаты. Текущие исследования сосредоточены на выяснении роли эпителия слизистой оболочки носа и пазух; ее нарушение (как и при бронхиальной астме) может запускать, а затем поддерживать патофизиологические процессы [10]. Значение эпителия в

развитии заболеваний органов дыхания связано с его иммунорегуляторной функцией и биологической активностью, а также возможностью высвобождения многих медиаторов. В настоящее время отмечено, что развитие полипов носа складывается из:

- дисфункции эпителиальных клеток,
- эозинофильного воспаления слизистой оболочки.

Выводы. Хронический риносинусит является одним из наиболее распространенных заболеваний в оториноларингологии и встречается у до 11% населения европейских стран. Заболевание отрицательно влияет на качество жизни пациентов. Влияет на физическое и психическое здоровье, приводя к снижению работоспособности и бессоннице [11]. Негативные социальные аспекты хронического полипозного риносинусита включают высокую стоимость лечения всех пациентов с риносинуситом для системы здравоохранения. Все вышеперечисленные факторы помогают изучить патогенез этого заболевания и разработать новые стратегии лечения. Воспалительная патология различной этиологии, вызывающая заболевание ВПРС, цитология сыворотки крови больного.

Список использованных источников:

1. Vokhidov U. N., Khasanov U. S. Features of angiogenesis in various types of chronic polypoid rhinosinusitis. In book: O'zbekiston Respublikasi Otorinolaringologlarning Iy S'ezdiga Bag'ishlangan Mahsus Son. – S. 93.
2. Vokhidov U. N., Akhundjanov N. O. Features of mesenchymal formations of chronic polypoid rhinosinusitis // European Science Review. – 2015. – № 11-12. – S. 76-77.
3. Nurov U.I., Arifov S.S. Content of phagocytic activity of monocytes and neutrophils in twin children with inflammatory diseases of the paranasal sinuses // International Journal of Pharmaceutical Research.– 2020.– Vol.12, № 3.– P. 3889.
4. Алибеков И. М., Чумак К. С. Полипозный риносинусит – современные методы лечения // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 10(178). – С. 115-1117.
5. Арипова М. Л., Халимова Т. Р. Оптимизация хирургического метода лечения и послеоперационное ведение больных с хроническим полипозным риносинуситом // Российская оториноларингология. – 2015. – №1(74).– С. 11-14.
6. Вохидов У. Н. Роль метода импрегнирования серебром при иммуногистохимическом исследовании полипов носа // Российская оториноларингология. – 2018. – № 1(97). – С. 34-37.
7. Ашуров А.М., Якубова Д.О.К. Особенности клинического течения и лечения полипозного риносинусита у больных с синдромом Видаля // Интернаука.– 2019.– № 43-1(125).– С.24-26.
8. Бебчук Г. Б., Дайхес Н.А., Авербух В.М. и др. Визуализация операционного поля у пациентов с полипозным риносинуситом // Медицинский совет. – 2021. – № 6. – С. 106-112.

9. Голованов И. И., Миренков А. П. Гистологические особенности полипов носа // Синергия Наук. – 2019. – №. 32. – С. 1132-1136.
10. Вохидов У. Н., Хасанов У. С., Исмаилова А. А. Клинико-иммунологические аспекты хронического рецидивирующего полипозного риносинусита // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2014. – № 4. – С. 95-98.
11. Shahnoza A. A. The incidence and clinical features of otitis media in patients with hiv infection // Scientific progress, 2021.– Vol. 2, № 5.– P. 74-81.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

**Сударев П.А.¹, Романенко С.Г.¹, Курбанова Д.И.¹, Лесогорова Е.В.¹, Разорвин А.М.²,
Лебединская Е.А.², Чистогов М.Д.²**

¹ ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.
Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

² ООО «Рубэдо» - Pirogov.AI

Введение. В настоящее время искусственные нейронные сети (ИНС) активно внедряются в различные сферы нашей жизни, в том числе – и в медицину. В оториноларингологии ИНС используют изображения, полученные при эндоскопическом обследовании пациентов (например, при видеоларингоскопии). При этом интерпретация ларингоскопической картины зачастую представляет значительные трудности для практического врача, что снижает частоту выявления предраковых заболеваний гортани и способствует росту числа пациентов с раком гортани на поздних стадиях. Это определяет важность своевременного проведения и правильной интерпретации результатов эндоскопического обследования пациентов с заболеваниями гортани. ИНС могут быть применены для анализа результатов видеоларингоскопии, предоставляя дополнительные подсказки врачу, что может помочь повысить точность диагностики и снизить риск ошибки.

Цель исследования. Разработка и обучение ИНС для распознавания характерных признаков нормы и патологии гортани.

Материалы и методы. Работа выполнена в рамках гранта №2112-1/22 «Использование нейросети (алгоритмов искусственного интеллекта) для контроля и повышения качества диагностики и лечения заболеваний структур гортани и уха на основе цифровой технологии» (грантодатель АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении»). В процессе работы применялись методы сбора данных, необходимых для создания фотобанка

(датасета) медицинских изображений, полученных при видеоларингоскопии; методы разметки данных для формирования датасетов по отдельным нозологиям и группам заболеваний; метод консилиума; методы анализа точности распознавания и классификации цифровых эндоскопических снимков; методы обучения классификационных нейронных сетей.

Для обучения ИНС был собран, размечен и загружен датасет, состоящий из 3076 снимков гортани в цифровых форматах (jpg, bmp). Среди них на норму гортани пришлось 1196 изображений, новообразование гортани – 956, хронический катаральный ларингит – 445 и внепищеводные признаки ГЭРБ - 469. Для определения лучшей модели ИНС для обучения на полученном датасете был написан алгоритм обучения всех доступных в пакете Tensorflow нейросетей в одинаковых условиях. В ходе нескольких экспериментов сверточная нейронная сеть Mobilenet_v3 показала лучшие результаты по сравнению с другими нейронными сетями. Далее было проведено обучение выбранной нейросети и тестирование ее с целью распознавания визуальных признаков нормы и патологии гортани.

Результаты. По результатам тестирования ИНС были сформированы матрицы неточностей, рассчитаны значения точности распознавания, показатели качества работы модели, построены ROC-кривые для каждой патологии. Разработанная и обученная ИНС продемонстрировала точность от 70% до 92% в распознавании визуальных признаков нормы и различной патологии гортани.

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует, что обученная ИНС может достаточно успешно различать визуальные признаки нормы и патологии гортани на эндоскопических фотографиях. При дальнейшем обучении нейросети и повышении точности данную технологию возможно применить в клинической практике в качестве помощника в интерпретации ларингоскопических изображений и диагностике заболеваний гортани.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОЙ ТУГОУХОСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ АКУБАРОТРАВМЫ

Сыроежкин Ф.А.^{1,2}, Юмакаев Д.З.^{1*}

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова» Минздрава России

*E-mail: yumackaev.damir@yandex.ru

Введение. Синаптическое повреждение, которое нарушает нейротрансмиссию между внутренними волосковыми клетками и волокнами слухового нерва называют скрытой потерей

слуха (кохлеарной синаптопатией). Для данной дисфункции слуха характерно наличие нормальных порогов слуха и характерных аномалий слухового восприятия: трудности с восприятием речи при шумной обстановке, шум в ушах и гиперacusia. Известными факторами риска развития скрытой потери слуха является воздействие шума, ототоксических препаратов, периферических невропатий, а также старение. Причины и механизмы скрытой потери слуха изучены главным образом на моделях животных. В большинстве ранних исследований оценивалось воздействие непрерывного шума, но исследования показывают, что однократное воздействие взрывной волны также может привести к скрытой потере слуха как у животных, так и у людей. В настоящее время единственным прямым доказательством кохлеарной синаптопатии и последующей нейропатии у людей является посмертный иммуногистохимический и электронно-микроскопический анализ височных костей. В связи с чем одной из проблем в исследованиях воздействия шума и развития скрытой тугоухости на людях является трудность получения морфологических доказательств патологии ленточных синапсов улитки. Не всегда данные о патологии улитки в экспериментах на животных могут быть использованы для прогнозирования воздействия шума на улитку человека.

Цель исследования. Выявить развитие скрытой тугоухости в отдаленном периоде акубаротравмы.

Материалы и методы. В исследование включены 20 пациентов с акубаротравмами в возрасте от 18 до 65 лет, проходящих обследование и лечение в клинике оториноларингологии Военно-медицинской академии (отдаленный период течения акубаротравмы). Обследование проводилось в объеме акуметрии, тональной пороговой аудиометрии, речевой аудиометрии, а также комплекса электрофизиологических исследований. Объективные методы включали в себя оценку отоакустической эмиссии, регистрацию коротколатентных слуховых вызванных потенциалов и электрокохлеографии.

Результаты. Пациенты в отдаленном периоде акубаротравмы испытывают большие трудности при выполнении сложных задач на слух, несмотря на почти нормальные аудиологические пороги. Патологические процессы, связанные с скрытой потерей слуха, вызванной воздействием взрывной волны, снижают способность воспринимать звуки в сложных условиях, таких как наличие фонового шума.

Объективные методы исследования слуха обнаружили значимую корреляцию между предшествующим воздействием взрывной волны и перцептивной дисфункцией в виде скрытой потери слуха. Результаты показали значительное снижение амплитуды I пика коротколатентных слуховых вызванных потенциалов и потенциала действия при электрокохлеографии, при сохранной отоакустической эмиссии. Результаты указывают на наличие кохлеарной синаптопатии у пациентов с нормальным слухом в отдаленном периоде акубаротравмы.

Выводы. Пациенты с акубаротравмами регулярно подвергаются воздействию шума, как во время тренировок, так и при непосредственном выполнении боевых задач. Воздействие шума приводит не только к клинически распознаваемому дефициту слуха в виде повышенных порогов, но и к скрытой потере слуха. Таким образом, у значительного числа военнослужащих в отдаленном периоде акубаротравмы, у которых нет «нарушения слуха», что определялось проведением акуметрии и тональной пороговой аудиометрии, тем не менее, присутствует нарушение слуха в форме «скрытой тугоухости». В совокупности данное исследование подчеркивает важность точного нейронного кодирования звуков, независимо от слуховой чувствительности.

ПРЕДИКТОРЫ АУДИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА

Тарасова О.Ю., Косяков С.Я., Пчеленок Е.В.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

*E-mail: olya.tar@inbox.ru

Введение. Хирургия холестеатомы среднего уха (ХСУ) является одной из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии в связи с разрушением костных структур, высокой частотой экстра- и интракраниальных осложнений и поздней диагностикой заболевания. Снижение слуха у пациентов с ХСУ приводит к ухудшению качества жизни и социальной адаптации. В 2017 году были разработаны консенсусные рекомендации Европейской академии отологии и нейроотологии и Японского отологического общества (EAONO/JOS) по определению, классификации и стадированию ХСУ.

Цель исследования. Поиск предикторов улучшения функциональных результатов хирургического лечения ХСУ.

Материалы и методы. Пациенты, перенесшие операцию по поводу ХСУ в период с 2016 по 2020 гг. (140 ушей) были включены в наше исследование. На основании протоколов операции, предоперационной компьютерной томографии (КТ) височных костей ХСУ была классифицирована в соответствии со стадией EAONO/JOS. Параметры слуха, полученные с помощью тональной пороговой аудиометрии до и после операции через 1 и 3 года, анализировались в зависимости от использованной хирургической техники (мастоидэктомия со снятием или сохранением задней стенки наружного слухового прохода).

Результаты. Через год после операции среднее значение показателей воздушной проводимости и костно-воздушной проводимости улучшилось у подавляющего большинства пациентов. Пациенты, перенесшие мастоидэктомию с сохранением задней стенки наружного

слухового прохода, имели лучшие показатели послеоперационной воздушной проводимости и костно-воздушного интервала, чем пациенты, перенесшие мастоидэктомию со снятием задней стенки наружного слухового прохода. Согласно системе стадирования, среднее значение предоперационной воздушной при I стадии составило $46,59 \pm 21,12$ дБ, при II стадии – $49,10 \pm 16,76$ дБ, при III стадии – $61,03 \pm 22,94$ дБ. Послеоперационное среднее значение воздушной проводимости через 1 год после операции составило при I стадии – $42,26 \pm 17,89$ дБ, при II стадии – $43,42 \pm 14,64$ дБ, при III стадии – $69,50 \pm 24,53$ дБ и $42,97 \pm 17,50$ дБ, $43,46 \pm 14,75$ дБ, $74,22 \pm 22,22$ дБ через 3 года соответственно. Пациенты с III стадией заболевания имели худший послеоперационный результат слуха, чем пациенты с I стадией заболевания. Успех титанового протеза и аутологичного материала, использованных для оссикулопластики, составил 30 и 23 %, соответственно.

Выводы. Стадия по EAONO/JOS (низкая распространенность процесса) и хирургическая техника (сохранение задней стенки наружного слухового прохода) в нашем исследовании были статистически значимыми предикторами успешного функционального результата.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Тарасова Н.В.^{1,2*}, Соколова М.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

² Волгоградская областная клиническая больница №1

*E-mail: tarasova-nv@mail.ru

Введение. Хронический риносинусит (ХРС) – это тяжелое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Понимание возрастных особенностей течения данного заболевания необходимо для рационального консервативного лечения. У больных 60-95 лет ХРС связан с различными причинными факторами, включая структурно-функциональные изменения слизистой оболочки полости носа. Несмотря на разнообразие потенциальных причинных факторов, все они приводят к воспалению как к общему механизму патогенеза.

Цель исследования. Изучить дыхательную функцию у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось во взрослом отделении оториноларингологии ГБУЗ ВОКБ №1.

В исследование включены пациенты в возрасте от 45 до 90 лет с подтвержденным диагнозом «хронический риносинусит» в стадии обострения, давшие письменное информированное согласие на исследование.

Критерии исключения были: возраст до 45 лет; аллергический ринит; первичный иммунодефицит; курение; онкологическое заболевание любой системы органов; хронический полипозные риносинусит; острые (обострение хронических) заболевания другой локализации. Из числа пациентов, включенных в исследование (n=112), сформированы следующие группы: 1 группа (группа сравнения 1) – пациенты без ХРС в возрасте от 60-74 лет (17/112); 2 группа – пациенты без ХРС в возрасте от 75-90 лет (8/112); 3 группа – пациенты с ХРС в возрасте от 60-74 лет (23/112); 4 группа – пациенты с ХРС в возрасте от 75-90 лет (32/112); 5 группа (группа сравнения 2) – пациенты с ХРС в возрасте от 45-59 лет (32/112)).

У всех лиц, изучались двигательная активность цилиарного аппарата (ДАЦА) на аппарате «Азимут» и время мукоцилиарного транспорта (ВМТ) с помощью сахаринового теста, дыхательная функция полости носа методом передней активной риноманометрии аппаратом «Ринолан».

Полученные результаты. Исследование показало, что функция МЦА с возрастом претерпевает инволюционные изменения. У пациентов 1 группы (60-74 лет без ХРС) ВМТ в среднем было 19-27 мин у 67,8% пациентов.

У больных 2 группы (старческий возраст без ХРС) время мукоцилиарного транспорта увеличивалось с увеличением возрастного показателя. У более молодых пациентов 2 группы ВМТ составляло 30-34 мин, у самых старших пациентов группы ВМТ превышало значения 34-37 мин. ВМТ у больных ХРС 45-59 лет (3 группа) имело показатель 17-20 минут. Наибольшая вариабельность ВМТ обнаружено у больных 4 группы. У пациентов с ХРС 60-74 лет самый минимальный показатель ВМТ составлял 41 минуту и наблюдался у 2-х пациентов 60 и 63 лет, но большинство больных более преклонного возраста имели ВМТ равное 47 - 49 минут.

При наличии ХРС пациенты пожилого возраста имели высокие показатели ДАЦА: на перегородке носа $4,7 \pm 0,18$ Гц; на нижних носовых раковинах $5,5 \pm 0,19$ Гц. У пациентов 1 группы (без ХРС 60-74 лет) частота биения ресничек слизистой оболочки полости носа была меньше, чем в группе 3: $4,6 \pm 0,15$ Гц - область перегородки носа и $5,1 \pm 0,1$ Гц - область нижних носовых раковин, полученная разница не достоверна.

При исследовании дыхательной функции с помощью ПАРМ, у больных ХРС зрелого возраста СОП – $490,09 \pm 4,68$ мл/с, пожилого возраста – $499,92 \pm 7,99$ мл/с и старческого возраста – $390,68 \pm 22,41$ мл/с, однако эти отличия не были достоверными. При этом СС (Па/мл/с) у здоровых пациентов 60-74 лет $0,34 \pm 0,05$ Па/мл/с было достоверно выше, чем у больных с ХРС 75-95 лет $0,25 \pm 0,05$ Па/мл/с. СОП у больных ХРС 60-74 лет после лечения составил $523,82 \pm 2,13$ ($p < 0,05$).

Выводы. Уровень СОП и СС у пациентов без ХРС 60-74 лет показали достоверную разницу по данным ПАРМ. Благодаря полученным результатам можно понять влияние структурно-функциональных особенностей слизистой оболочки полости носа в пожилом и

старческом возрасте на патогенез и течение ХРС, выбрать правильный и индивидуальный подход в тактике ведения конкретной формы данного заболевания.

КТ-АНАТОМИЯ РЕЗЦОВОГО КАНАЛА В ХИРУРГИИ ПРЕМАКСИЛЛЯРНОГО ГРЕБНЯ

Товмасын А.С.¹, Царапкин Г.Ю.², Поляева М.Ю.¹, Кишиневский А.Е.¹, Шведов Н.В.^{1*}

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.

Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²Многопрофильный медицинский центр ЦЭЛТ

*E-mail: shvedovnv@yahoo.com

Введение. Синтопия резцового канала (РК) важна в хирургии перегородки носа (ПН), так как в нём проходят сосуды и нервы. Травма РК во время септопластики может приводить к таким осложнениям, как преходящая дентальная парестезия резцов верхней челюсти и септальная гематома.

Цель исследования. Охарактеризовать топографическую анатомию РК верхней челюсти с позиции ринопластики, применив векторный анализ КТ-анатомии полости носа.

Материалы и методы. В исследование было включено КТ носа 62 пациентов (28 женщин, 34 мужчин, средний возраст – 34,7 года), направленных в НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ для планового хирургического лечения искривления ПН. Критерий включения: возраст – старше 20 лет. Критерий исключения: клинические и рентгенологические признаки порока развития твёрдого нёба, хирургические вмешательства на ПН или на твёрдом нёбе в анамнезе.

Для проведения векторных измерений нами были выбраны следующие 7 анатомических ориентиров: А – вершина носовой ости верхней челюсти, В – проксимальный край РК на уровне дна носа, С – дистальный край РК на уровне дна носа, D - проксимальный край ротового отверстия РК, Е – дистальный край ротового отверстия РК, F и H – проксимальный и дистальный край середины РК, соответственно. В соответствии с этим мы измеряли расстояние |AB|, |BC|, |BD|, |CE|, |FH|, |DE| и величину угла /_L.

Результат исследования. Проведённый нами векторный анализ КТ носа показал, что |AB|=36,77±1,02 мм., |BC|=2,81±0,03 мм, |BD|=10,16±0,92 мм., |CE|=9,98±0,63 мм, |FH|=1,65±0,02 мм, |DE|=3,09±0,11 мм и величину угла /_L= 74,41°±1,17 (n=62).

Изучив форму РК в области премаксиллярного гребня полости в саггитальной проекции КТ, нами было установлено, что РК может открываться в полость носа в виде

«цилиндра» ($|BC| = |FH|$) или «конуса» ($|BC| > |FH|$). В результате проведенного исследования нами было установлено, что у 39 человек форма открытия РК в полость носа была цилиндрическая, у 23 пациентов – воронкообразная.

РК открывается в полость носа отверстиями Стенсона, количество которых у каждого больного индивидуальное. В нашем исследовании было установлено, что у 44 обследованных РК открывается в полость носа двумя, у 11 больных – одним, у 6 – тремя, у 1 – четырьмя отверстиями Стенсона.

Выводы:

1. РК в носовой части у 62,9% пациентов имеет цилиндрическую форму, у 37,1% – воронкообразную. У 71% обследованных пациентов РК открывается в полость носа двумя, у 17,7% – одним, 9,7% – тремя и у 1,6% – четырьмя резцовыми отверстиями Стенсона. По отношению к передней носовой ости верхней челюсти и дну полости носа РК направлен под углом $74,4^\circ$ в передне-нижнем направлении.

2. РК располагается на расстоянии 13,6 мм от передней носовой ости верхней челюсти с зоной открытия в премаксиллярный гребень, равной 2,81 мм.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ХАРАКТЕР ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Трубушкина Е.М., Карпов В.П.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

*E-mail: paramon.83@mail.ru

Одним из самых распространенных заболеваний в практике врача-оториноларинголога является хронический гнойный средний отит (ХСГО) [1,2,4]. Использование антимикробных препаратов широкого спектра действия в лечении ХСГО упростило его и сделало более эффективным. Однако статистические данные показывают, что это не привело к заметному снижению заболеваемости, что делает тему исследования актуальной [2,6]. Изменения в видовом составе и чувствительности микробной флоры при хроническом отите не могли не сказаться на характере инфекционного процесса в среднем и внутреннем ухе [3,5].

Цель исследования. Изучение микробного пейзажа различных отделов среднего уха при ХСГО, определение чувствительности выделенной бактериальной флоры к различным препаратам, и определить влияние санирующей слухосохраняющей операции на изменения в видовом составе и чувствительности микробной флоры.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 53 человека с ХСГО в возрасте от 35 до 67 лет. Из них 19 мужчин и 34 женщины. Среди них 9 (18%) человек с мезотимпанитом, 13 (24%) пациентов с эпитимпанитом и 31 (58%) с эпимезотимпанитом. У 38 больных было диагностировано обострение процесса. Схема обследования, помимо общеклинических исследований включала в себя отоневрологическое и аудиометрическое исследования. Исследования проводились на момент поступления больного и в динамике, через 1 месяц после проведенного лечения. Кроме того, всем пациентам проводили микробиологическое исследование отделяемого из уха (при поступлении), из барабанной полости (во время санирующей слухсохраняющей операции), из послеоперационной полости (через 1 месяц после оперативного лечения). Материал доставлялся в микробиологическую лабораторию, где производилось выделение чистых культур аэробных и факультативно-аэробных микроорганизмов. Чувствительность к антибиотикам определялась диско-диффузным методом [3].

Результаты исследования. По результатам исследования в наружном слуховом проходе во всех случаях (100%) высеивались микробные ассоциации, представленные двумя или тремя различными микроорганизмами. Смешанная флора, полученная при заборе материала из наружного слухового прохода, наиболее часто – у 32 больных (60%), была представлена ассоциациями золотистого и эпидермального стафилококка (*S.aureus*, *S.epidermidis*) с грамотрицательной флорой (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella oxytoca*). В 43 (81%) случаях в микробных ассоциациях присутствовали грибы (*Aspergillus spp.*, *Candida spp.*). Они дополняли ассоциации золотистого стафилококка и грамотрицательной флоры или встречались в ассоциациях с каждым из этих возбудителей. В барабанной полости был высеян только один вид стафилококка – *S.aureus* в 24 (54,5%) случаев и следующие штаммы грамотрицательной флоры – *P.aeruginosa* в 12 (27%) случаев, *K.oxytoca* – в 5 (11%) случаев. Через месяц после оперативного лечения 44 больным, проводили контрольное микробиологическое исследование. В 55% случаев из послеоперационной полости высеивались грибы, у 30,5% больных роста микрофлоры отмечено не было, у 14,5% больных отмечался рост того же возбудителя, который высеивался интраоперационно из барабанной полости.

Результаты. Данные проведенного исследования, говорят о необходимости интерпретации результатов микробиологического исследования микрофлоры, выделенной только из наружного слухового прохода. Основным возбудителем, вызывающим и поддерживающим воспаление в среднем ухе, должен считаться микроорганизм, высеиваемый из барабанной полости. По нашим данным, среди исследуемой микрофлоры превалирует золотистый стафилококк и некоторые штаммы грамотрицательной флоры (*P.aeruginosa*, *K.oxytoca*). Из чего следует назначение

прицельной антибактериальной терапии при ХСГО. В нашем случае препаратами выбора являются защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения и фторхинолоны. По нашим данным, грибковая флора встречалась только в микробных ассоциациях и не была выделена в виде монофлоры, что позволило сделать вывод, что грибковая флора не вызывает самостоятельного инфекционного процесса, но поддерживает и усугубляет его течение. Это еще раз подтверждает необходимость микробиологического исследования отделяемого из уха при хроническом гнойном среднем отите для грамотного ведения послеоперационного периода.

Список используемых источников:

1. Иванец И.В., Кадымова М.И., Романовская Л.М. Вестник оториноларингологии, 1992, № 4. С. 4-6.
2. Масенко Е.Ю., Павленко С.А., Брусина Е.Б. Новости оториноларингологии и логопатологии, 2000, № 4. С. 84-86.
3. Медицинская микробиология. Под ред. В.П. Покровского, О.К. Поздеева. М., 1999.
4. Мишенькин Н.В. Вопросы клиники, диагностики и лечения хронических отитов. Омск, 1979.
5. Тарасов Д.И., Федорова О.В., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М., 1988.
6. Jang C.H., Park S.Y. Clinical Otolaryngology Allied Science, 2004, № 29 (4). С. 321-323.

**МУКОЦИЛИАРНЫЙ КЛИРЕНС КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ СИНУСОХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ**

Туриева В.В.^{1*}, Алексеенко С.И.^{1,2,3}, Барашкова С.В.^{1,3}

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова» Минздрава России

СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса»

*E-mail: victoria.turieva00@mail.ru

Введение. Заболевания ЛОР-органов в детском возрасте являются одними из наиболее распространённых и достигают до 30% от общей заболеваемости. Заболевания околоносовых пазух отмечаются у 5% детей, при неэффективности консервативной терапии, проводится функциональная эндоскопическая риносинусохирургия. Наиболее частыми являются операции на верхнечелюстных пазухах.

Эндоскопические эндоназальные доступы являются наиболее приоритетными в настоящее время. Наряду с традиционным среднемеатальным доступом стали активно применять и инфратурбинальный доступ. Инфратурбинальный доступ прост в выполнении, не затрагивает остеомеатальный комплекс, что в детском возрасте дает свои преимущества. Однако вопросы эффективности и безопасности среднемеатального и инфратурбинального доступов продолжают активно дискутироваться. Открытым остается вопрос и о выборе инструментальных шкал для оценки сравнительной эффективности хирургических подходов. В то же время хронический риносинусит (ХРС) в основе патогенеза имеют нарушения мукоцилиарного транспорта (МЦТ). В то же время вопросы восстановления МЦТ в зависимости от хирургических доступов продолжают оставаться неизученным. А ведь именно состояние МЦТ во многом и определяет отдаленные результаты лечения.

Цель исследования. Изучить эффективность различных эндоскопических доступов к верхнечелюстной пазухе, состояние цилиарного аппарата мерцательного эпителия и морфологию слизистой оболочки носа в периоперационном периоде у детей с кистами верхнечелюстных пазух.

Исследование выполнено на клинической базе СПб НИИ ЛОР. Было обследовано 60 детей в возрасте от 9 до 17 лет с кистами верхнечелюстных пазух, из которых 30 пациентов были прооперированы среднемеатальным доступом, 30 детей было прооперировано инфратурбинальным доступом. Септопластика этим пациентам не проводилась.

Комплексное обследование включало оценку качества жизни (SNOT-20), эндоскопических и рентгенологических признаков синоназальной патологии (Lund-Kennedy и Lund-Mackay) до операции и 6 мес. послеоперационного периода. Оценка функционального состояния мерцательного эпителия и морфологии слизистой оболочки полости носа осуществлялась до операции (0 мес.) и через 6 мес. после оперативного вмешательства методом прижизненной видеоцитоморфометрии. Образец для исследования был получен посредством браш-биопсии слизистой оболочки из переднего конца средней носовой раковины. Для данного исследования использовался микроскоп Nikon Eclipse E200, камера (Basler AG). Записывалось 10 видеороликов с частотой 120 кадров в секунду в верхней и боковой проекциях. Проведена оценка таких показателей как: относительное число клеток с подвижными цилиями (%), частота биения цилий (Гц), клеточная выживаемость (мин.), количество клеток с цилиарным аппаратом, выраженность дистрофии клеток, характер расположения клеток в образце, синхронность движений цилий, характер нарушения двигательной активности цилиарного аппарата.

Результаты. Оценка эффективности оперативного лечения пациентов с кистами верхнечелюстных пазух с использованием стандартных шкал продемонстрировала выраженное улучшение состояния обследуемых после операции вне зависимости от используемого доступа.

Количество клеток с подвижными ресничками вне зависимости от доступа достоверно увеличивается. Частота биения ресничек у пациентов, прооперированных инфротурбинальным доступом через 6 месяцев после операции превышала частоту биения ресничек при среднемеатальном доступе на 27 %. Не установлено статистически значимой разницы в подвижности ресничек через 6 мес. после операции в двух группах. Через 6 месяцев превалировали умеренно подвижные реснички вне зависимости от доступа. Через 6 мес. после оперативного лечения инфратурбинальным доступом синхронное биение ресничек составило 46,7% при среднемеатальном доступе 26,7%. В 53,3% при среднемеатальном доступе отмечалась выраженная дистрофия, а при инфротурбинарном доступе лишь в 6,7%. В среднемеатальном доступе превалировала умеренная дистрофия – 66,7%. При сравнении высоты клеток через 6 месяцев после операции в зависимости от выбранного доступа, были установлены статистически значимые различия. Так при инфротурбинарном доступе в 73,3 % превалировал высокий кубический эпителий, а при среднемеатальном в 23,3%.

Выводы. Оба эндоскопических доступа к верхнечелюстной показали высокую эффективность и безопасность в детском возрасте при лечении кист верхнечелюстных пазух. Не выявлено статистически значимой разницы в частоте осложнений, необходимостью ревизионной хирургии, а также субъективной оценке результатов оперативного лечения. Цилиарный аппарат мерцательного эпителия и морфологическая структура слизистой оболочки носа после проведения операции среднемеатальным доступом у детей с кистами околоносовых пазух восстанавливается медленнее, чем при инфротурбинальном доступе.

Видеоцитоморфометрия может использоваться как метод оценки состояния МЦК при различных видах хирургических доступов и прогнозировании результатов операции.

ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ДОСТУПА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ В СООТВЕТСТВИИ С ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИЕЙ

**Туровский А.Б.^{1,2}, Колбанова И.Г.^{1*}, Кудрявцева Ю.С.¹, Богачева В.М.¹,
Степанова М.М.¹, Землянов В.А.¹, Дроздова В.И.¹**

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.
Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева» Департамента
здравоохранения города Москвы

*E-mail: KolbanovaIG@zdrav.mos.ru

Введение. История развития внутриносового подхода к верхнечелюстной пазухе (ВЧП) через область среднего носового хода в России связана с именем Ф. С. Бокштейна,

который в 1956 году опубликовал монографию с описанием данного способа. Плохая обзорность операционного поля и связанный с этим высокий риск травмирования орбитальной стенки делали данный доступ трудновыполнимым. Внедрение эндоскопов в ринопластику привело к тому, что подход к ВЧП через область среднего носового хода стал золотым стандартом. Хирургическая диссекция тканей при таком подходе выполняется в области фонтанелл – излюбленное место локализации добавочных соустьев (ДС) ВЧП, которые встречаются как у здоровых людей, так и у пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом (ХВЧС). В связи с чем мы поставили перед собой цель – изучить влияние формирования искусственного ДС в передней фонтанелле на риск развития ХВЧС и разработать метод расширения области естественного соустья (ЕС) через крючковидный отросток (КО) у больных ХВЧС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ “случай-контроль” 1688 компьютерных томограмм (КТ) околоносовых пазух (ОНП) с картиной ХВЧС без вовлечения в процесс медиальной стенки. В группу КТ с признаками ХВЧС вошли КТ ОНП 1115 пациентов (57,6% женщин и 42,4% мужчин в возрасте 18-96 лет, медиана – 48 лет, мода – 42 года), без ХВЧС – 573 пациента (56,3% женщин и 43,7% мужчин в возрасте 18-90 лет, медиана – 45 лет, мода – 36 лет). Группы были однородны по полу и возрасту. Разработан новый оригинальный доступ через область КО с применением лазерной технологии с формированием унциноториноантростомы (эндоскопическая эндоназальная риноантростомия чрезкрючковидным доступом).

Результаты. Ретроспективный анализ “случай-контроль” показал, что признаки ХВЧС без вовлечения в процесс медиальной стенки обнаружены на 1115 (66,05%; 1115/1688) КТ ОНП. ДС в передней фонтанелле у пациентов с ХВЧС было обнаружено на 7 снимках (0,63%; 7/1115). На 573 КТ ОНП без КТ-признаков ХВЧС ДС в области передней фонтанеллы выявлены в 16 (2,79%; 16/573) случаях. z-критерий для ДС передней фонтанеллы составил $= 3,41 > 3,291$ ($p=0,001$), (3,291 – критическое значение для 0,1% уровня значимости). При оценке комплекса критериев хи-квадрат для ДС в передней фонтанелле найдена статистически значимая зависимость между фактором риска (ДС в передней фонтанелле) и исходом (ХВЧС) (критерий хи-квадрат больше 6,635 – критическое значение при числе степеней свободы 1, $p=0,01$). Согласно критериям оценки связи, выявлены преимущественно несущественная и слабая силы связи между фактором риска (ДС в передней фонтанелле) и исходом (ХВЧС) ($0,024 < 0,1$ согласно рекомендациям, Rea & Parker). При этом, критерий хи-квадрат, так же как z-критерий, не чувствителен к направлению зависимости, и мы не можем утверждать, прямая или обратная зависимость наблюдается в данном случае. Расчет отношения шансов

определения ДС в группах с ХВЧС и без ХВЧС показал, что вероятность наличия ДС в передней фонтанелле у пациентов с ХВЧС в 4,54 раза (1/0,220) меньше, чем у пациентов без признаков ХВЧС. Наблюдаемая разница является статистически значимой, так как нижняя и верхняя границы 95% ДИ меньше 1 (0,090-0,538). 95% ДИ ДСПФ лежит в диапазоне меньше 1. Это указывает на наличие обратной зависимости между фактором риска и исходом.

Выводы. Наличие ДС в передней фонтанелле не приводит к развитию ХВЧС и не является фактором риска развития заболевания. В связи с этим создание унцинаториноантросомы в области передней фонтанеллы не приведет к развитию или обострению ХВЧС. Указанное легло в основу разработки чрезкрячководного доступа для хирургического лечения ряда форм ХВЧС.

ОСОБЕННОСТИ РЕГИСТРАЦИИ КОРОТКОЛАТЕНТНЫХ СЛУХОВЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Фатахова М.Т.¹, Куницына В.Г.^{2*}, Воеводина К.И.¹

¹НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России

²ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

*E-mail: leramarten@yandex.ru

Введение. Расстройства аутистического спектра (РАС) – группа патологических состояний, для которых характерно отставание и задержка в развитии психических функций и социальных навыков, наличие стереотипий, течение без ремиссии и сохранение аномалий социального функционирования на протяжении всей жизни. Данную патологию необходимо выявлять как можно раньше, так как своевременное начало терапевтических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность ведения пациентов. Оптимальный возраст для диагностики РАС – 18-36 месяцев. Всем детям с подозрением на наличие РАС рекомендовано проведение аудиологического тестирования и исключение нарушений слуха врачом-сурдологом-оториноларингологом.

Цель исследования. Разработать критерии выявления КСВП-индикаторов РАС в рамках аудиологического скринингового протокола на пороговых значениях интенсивности.

Материалы и методы. Обследовано 12 пациентов (показатели 24 ушей) в возрасте от 18 до 33 месяцев. Критерии включения пациентов в исследование: задержка или регресс развития речевых навыков, нарушение коммуникации и поведения, подтвержденный психиатром и верифицированный с помощью Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) диагноз РАС, отсутствие патологии слуха в анамнезе. Все дети были проконсультированы врачом-сурдологом-оториноларингологом и прошли аудиологическое обследование, включающее отоскопию, регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) и стационарных слуховых потенциалов (ASSR). Затем провели сравнение показателей латентности V пика КСВП детей с РАС и при нормотипичном развитии.

Результаты. Среднее значение латентности V пика в группе детей с расстройствами аутистического спектра составило 6,3 мс ($p \leq 0.01$, U-критерий Манна-Уитни), в норме – 6,8-6,9 мс. Стандартное отклонение составило 0,4 (6,37%). При регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии и стационарных слуховых потенциалов отклонений от нормы не выявлено.

Выводы. У детей с РАС выявлено отклонение показателей латентности V пика от нормальных значений. Данное наблюдение нуждается в дальнейшем анализе с целью применения результатов КСВП как биомаркера возможных расстройств аутистического спектра.

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ТОНЗИЛЛЯРНЫХ НИШ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Фетюков А.В.^{1,2}, Пшенников Д.С.^{1,2}

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова»

Минздрава России

ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница им. Н.А.Семашко»

*E-mail: fetyukov@gmail.com

Введение. Не смотря на длительную историю, проблема хронического тонзиллита (ХТ) остается актуальной и в настоящее время. ХТ широко распространен среди населения, составляя у взрослых от 5-6% до 37 %, у детей – от 15% до 63% [1]. Основной вектор направлен на первичную профилактику и предупреждения развития хронического воспаления со стороны небных миндалин, но даже при современном уровне развития медицины заболеваемость ХТ с каждым годом только увеличивается, соответственно прямо пропорционально и увеличивается доля радикального хирургического лечения в объеме двухсторонней тонзиллэктомии [2].

Несмотря на большое количество консервативных методов лечения хронического тонзиллита, а также активные споры о показаниях и противопоказаниях к тонзиллэктомии, последняя остается одним из основных методов лечения этого заболевания.

Ввиду широкого применения тонзиллэктомии профилактика возможных осложнений, связанных с ней, остается важной проблемой. Среди осложнений, развивающихся как во время операции, так и после нее, заметное место занимает кровотечение, а его профилактика и купирование является одной из важнейших задач хирурга [3].

В современной литературе описано множество способов остановки и профилактики кровотечений. Их можно подразделить на хирургические (лигирование сосудов тонзиллярной ниши, временная тампонада, сшивание небных дужек, применение криогенных и лазерных методик тонзиллэктомии) и медикаментозные (использование местных и системных гемостатических препаратов). Однако в каждом из методов можно найти свои минусы и плюсы. К тому же остается открытым вопрос о послеоперационном течении и состоянии пациентов, влиянии на реабилитацию и сроках восстановления трудоспособности [3,4].

Цель исследования. Определение эффективности препарата 1% водного раствора неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, с интегрированными наночастицами серебра для профилактики послеоперационных кровотечений и его влияние на процессы заживления тонзиллярных ниш после двухсторонней тонзиллэктомии.

Материалы и методы. В состав основной группы вошли 15 человек в возрасте от 18 до 40 лет, после проведенной двухсторонней тонзиллэктомии с применением местного гемостатического препарата интраоперационно. В качестве препарата для обработки тонзиллярных ниш использовался 1% водный раствор неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, с интегрированными наночастицами серебра. Контрольная группа 15 человек, той же возрастной категории после двухсторонней тонзиллэктомии без применения местных гемостатических препаратов. Оценка эффективности проводилась с использованием цитологических методов исследования (исследование мазков отпечатков из тонзиллярных ниш), физикального и оториноларингологического осмотра, оценке болевых ощущений с использованием визуальной аналоговой шкалы.

Результаты. Сравнивая относительное самочувствие пациентов основной и контрольной группы, мы не получили значимых различий. Жалобы на боли и дискомфорт в горле на 1 и 3 день после тонзиллэктомии отмечались в обеих группах, однако отечность и иррадиация боли в ухо чаще встречались у пациентов, ниши небных миндалин которых, не обрабатывались водным раствором 1% неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, с интегрированными наночастицами серебра.

При визуальной оценке ниш небных миндалин в основной и контрольной группе на 3 и 5 день после двухсторонней тонзиллэктомии отмечается более выраженные реактивные воспалительные изменения (отек, гиперемия) в последней.

По результатам цитологического исследования в основной группе отмечалась меньшая лейкоцитарная инфильтрация чем в контрольной группе (примерно в 3-5 раз), что может свидетельствовать о менее выраженной воспалительной реакции. Эпителиальные клетки выявлялись на 3 сутки после операции в основной группе и на 5 в контрольной.

Восстановление трудоспособности в основной группе (5-6 день) отмечалось значительно раньше, чем в контрольной (7-10 день).

Послеоперационные кровотечения из тонзиллярных ниш были отмечены в 1 случае (контрольная группа).

Выводы. Применение местного гемостатического препарата 1% водного раствора неполной серебряной соли полиакриловой кислоты, с интегрированными наночастицами серебра позволяет ускорить процессы заживления послеоперационной раны и уменьшить период временной нетрудоспособности после двухсторонней тонзиллэктомии.

Список использованных источников:

1. Гофман В.Р., Черныш А.В., Дворянчиков В.В. Хронический тонзиллит. – М.: ТЕХНОСФЕРА, 2015. – 144с.
2. Оториноларингология: Национальное руководство, краткое издание / под ред. чл.-кор. В.Т.Пальчуна.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Нуров У.И., Икрамова Ф.С., Болтаев М.Ф. Эффективность применения новых гемостатических средств у больных кровотечениями из ложа небной миндалины после тонзиллэктомии // Scientific progress.– 2022.– №3(4).– С. 412-417.
4. Семенов Ф.В., Резников Р.В. Применение транексамовой кислоты для профилактики кровотечений после тонзиллэктомии // Российская оториноларингология.– 2021.– № 4. – С. 48-52.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Филиппева П.В.

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

E-mail: polinafilipevavik@mail.ru

Введение. Состояние небных миндалин у пациенток с иммунологическими причинами бесплодия сильно недооценивается в современной клинической практике. Кроме того, как в

отечественной, так и зарубежной литературе отсутствуют сравнительные исследования о течении и исходах беременности у женщин с привычным невынашиванием в случае лечения ХТ на прегравидарном этапе. Существующие методы лечения ХТ разнообразны. Миндалины, которые составляют лимфоэпителиальное глоточное кольцо, играют важную роль в формировании иммунного барьера слизистых оболочек, что подчеркивает необходимость сохранения органов при выборе тактики лечения ХТ. В последние годы лазерные излучатели красного спектра, работающие в импульсном режиме, доказали свою эффективность в ЛОР-практике.

Цель исследования. Проанализировать течение и исходы беременности у женщин с ПНБ иммунного генеза до и после лечения ХТ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 86 женщин в возрасте 21–35 лет (в среднем $29,4 \pm 4,6$ лет) с ПНБ и наличием ХТ в анамнезе. Основную группу ($n=45$) составили пациентки, которым проводилось лечение ХТ перед планированием беременности. Группу сравнения ($n=41$) составили пациентки, не получавшие лечение ХТ перед планированием беременности. Лечение ХТ включало в себя санацию небных миндалин при помощи аппарата ТОНЗИЛЛОП ММ и лазерная терапия.

Результаты. Самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках произошло у 2 (4,4%) пациенток основной группы и у 8 (19,5%) пациенток группы сравнения ($p=0,03$). Беременность завершилась своевременными родами у 35 (77,8%) пациенток основной группы и у 20 (48,8%) пациенток группы сравнения ($p=0,04$). Преждевременные роды произошли у 4 (9,3%) и 9 (27,3%) соответственно ($p=0,04$). Практически у каждой пятой женщины группы сравнения родились дети с малым гестационным весом.

В двух случаях группы сравнения произошла антенатальная гибель плода при недоношенной беременности. В этой же группе беременность чаще осложнялась преэклампсией (21,9%, $p=0,03$), у 5 (12,2%) женщин случилась преждевременная отслойка плаценты ($p=0,04$).

Выводы. На сегодняшний день не вызывает сомнений тот факт, что при ХТ небные миндалины являются очагом инфекции, вследствие чего запускаются аутоиммунные процессы. Таким образом, при отсутствии лечения ХТ на прегравидарном этапе наблюдалось осложненное течение беременности, что свидетельствовало о формировании плацентарной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК

Фуонг Тхао Нгуен Тхи^{1*}, Чан Ван Туан², Хоанг Тхи Тху¹, Данг Тхань Сон¹,
Нгуен Тхи Фуонг Тху¹

¹ Национальная больница Тхайнгуен

² Тхайнгуен университет медицины и фармации

*E-mail: phuongthao.ent.tn@gmail.com

Введение. Хронический средний отит – стойкое воспалительное состояние барабанной полости и среднего отита, продолжающееся более 3 месяцев. ХСО может вызвать повреждение барабанной перепонки отдельно или в сочетании с повреждением косточек (ПК). ХСО с ПК приводит к тяжелой потере слуха, влияя на интеллектуальное развитие, жизнь и обучение, а также трудоспособность. Диагностика ХСО с ПК чрезвычайно важна для прогноза хирургического вмешательства. Диагностика ПК требует сочетания клинических симптомов, результатов аудиометрии, тимпанометрии и компьютерной томографии (КТ) височной кости. Усовершенствованный метод КТ височной кости – это реконструкция изображения под углом, с использованием множества различных плоскостей в зависимости от обследуемых структур и плоскостей в дополнение к стандартным аксиальной, коронарной и сагиттальной плоскостям. Таким образом реконструируется косая плоскость на основе базовой плоскости, чтобы лучше описать структуру слуховых косточек.

В Национальной больнице Тхайнгуен в последние годы, наряду с рутинными исследованиями применялся и усовершенствованный метод компьютерной томографии височной кости; были достигнуты первые результаты в диагностике ХСО с ПК. Однако до сих пор никаких сообщений по этому поводу не было опубликовано. Поэтому мы провели это исследование со следующими **целями:** описать клинические характеристики, аудиологию и результаты применения усовершенствованного метода КТ для больных ХСО с ПК.

Объекты исследования. Пациенты с диагнозом хронический средний отит с поражением слуховых косточек, проходящие лечение в Национальной больнице Тхайнгуен с января 2024 г. по июнь 2024 г.

Дизайн исследования. Ретроспективный комбинированный перспективный дизайн.

Размер выборки и метод отбора проб. Были выбраны все пациенты, которые соответствовали критериям исследования. За период исследования выбрано 45 пациентов с диагнозом ХСО с поражением слуховых косточек в Тхайнгуен.

Сбор и обработка данных:

- Информация о пациентах собирается на основе медицинских записей.
- Клиническое обследование, проводимое специалистами по заболеваниям уха, горла и носа и КТ-сканирование были проведены в Национальной больнице Тхайнгуен.
- Данные вводятся и обрабатываются с использованием программного обеспечения SPSS 20.0.

Результаты исследований. Средний возраст пациентов с повреждением слуховых косточек вследствие ХСО составляет $43 \pm 13,7$ лет, самый молодой возраст – 8 лет, самый старший – 68 лет. Возрастная группа от 36 - 59 лет является наиболее распространенной с показателем 57,8%, затем на возрастную группу 19 - 35 лет приходится 26,7%, на группу больных от 60 лет приходится 13,3%, на группу пациенты от 18 лет составляют 13,3%, лица младше 2,2%. Из 45 пациентов было 23 пациента женского пола (51,1%) и 22 пациента мужского пола (48,9%).

У пациента могут наблюдаться все вышеперечисленные симптомы, но они часто неполные. Самым неприятным симптомом, вызывающим госпитализацию пациентов, является потеря слуха, составляющая 39 из 45 (86,7%) рассмотренных случаев, за которой следует шум в ушах в 26 из 45 (57,8%) случаев.

Симптомы выделений из уха заняли 3-е место – у 19 из 45 (42,2%) пациентов, симптомы боли в ушах и головокружения также имели 2 из 45 (4,4%) пациентов. Наиболее часто встречается центральная перфорация с частотой 26 из 45 (58%), за ней следует перфорация всей растяжимой мембраны – 10 из 45 (22,2%), на третьем месте – перфорация переднего нижнего угла – 4 из 45 (8,8%). %, перфорации заднего нижнего и задневерхнего углов составили 3 из 45 (6,6%) и 2 из 45 (4,4%) соответственно. Случаев перфорации в переднем верхнем углу не было.

Кондуктивная тугоухость является наиболее распространенной – у 37 из 45 (82,2%) пациентов, за ней следует смешанная тугоухость – у 8 из 45 (17,8%). Уровень выявления ПК при применении усовершенствованного метода КТ составляет 41 из 45 (91,1%), а уровень невыявления, соответственно, 4 из 45 (8,9%). Среди пациентов, входящих в исследование, поражение 1 кости встречается чаще всего – у 28 из 45 (62,2%) пациентов, 2 кости поражены у 12 из 45 (26,7%) и все 3 кости поражены у 1 из 45 (2,2%).

Вывод. Больные хроническим средним отитом имеют общие причины госпитализации: снижение слуха, шум в ушах, выделения из уха. Отверстие в барабанной перепонке чаще всего располагается в центре. По результатам монофонической аудиограммы у больного часто обнаруживается кондуктивная тугоухость. Усовершенствованный метод КТ височной кости имеет ценность для диагностики поражений слуховых косточек при хроническом среднем отите.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ТРУБКИ В ЛОР-ОТДЕЛЕНИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ ТХАЙНГУЕН

Фуонг Тхао Нгуен Тхи^{1*}, Данг Хоанг Нга¹, Ву Куанг Ху¹, Нгуен Тхи Хонг Ньюнг²,
Та Фуонг Тху¹

¹ Национальная больница Тхайнгуен

² Тхайнгуен университет медицины и фармации

*E-mail: phuongthao.ent.tn@gmail.com

Введение. Экссудативный средний отит (ЭСО) представляет собой воспаление среднего уха, при котором симптомы острого воспаления отсутствуют, барабанная перепонка не перфорирована, жидкость среднего уха может быть серозной, слизистой, студенистой или гнойной. Отит с выпотом все чаще встречается как у взрослых, так и у детей. Заболевание связано с нарушением функции евстахиевой трубы, часто обусловленным инфекциями верхних дыхательных путей, гипертрофией аденоидов, опухолями носоглотки, расщелиной неба, баротравмой, аллергией. ЭСО имеет малозаметные клинические проявления, поэтому его легко не заметить. Последствием является потеря слуха, влияющая на повседневную жизнь пациента. У детей это влияет на развитие речи, школьное обучение и социальное поведение. ЭСО может вызывать такие осложнения, как: ретракция барабанной перепонки, коллапс барабанной перепонки, фиброз барабанной перепонки, хронический средний отит, холестеатома, деструкция или фиксация системы слуховых косточек. Поэтому заболевание необходимо своевременно выявлять и активно лечить, чтобы избежать осложнений и восстановить слух. Хирургическая установка вентиляционной трубки барабанной перепонки — простой, экономичный и эффективный метод лечения ЭСО. Однако до сих пор не было проведено исследование, позволяющее оценить результаты после операции в полной форме, поэтому мы провели исследование "Оценка результатов лечения экссудативного среднего отита с использованием вентиляционной трубки в ЛОР-отделении указанной больницы.

Цель исследования. Оценить результаты лечения ЭСО методом установки вентиляционной трубки в отделении оториноларингологии Национальной больницы Тхайнгуен.

Материалы и методы. В исследование вошли 49 пациентов с диагнозом «средний отит», перенесших операцию по установке вентиляционных трубок барабанной перепонки в отделении оториноларингологии Национальной больницы Тхайнгуен в период с апреля 2023 по февраль 2024 года.

Критерии выбора предметов исследования: пациенты с диагнозом ЭСО, которым назначают установку трубки для вентиляции барабанной перепонки; проведена операция по

установке вентиляционной трубки барабанной перепонки; проведено полное обследование (аудиограмма, тимпанограмма, рентген височных костей по Шюллеру). Наблюдение за пациентами осуществлялось в послеоперационном периоде на 1-е, 7-е и 10-е сутки после операции. Пациент/члены семьи соглашаются сотрудничать в исследованиях.

Критерии исключения: пациенты с перенесенными хирургическими операциями, травмами уха или врожденными дефектами, вызывающими нейросенсорную тугоухость; пациенты не участвуют в исследованиях или не наблюдают их в полной мере.

Результаты. Пациенты женского пола составляют 55,1% от общего числа обследованных, мужчины составляют 44,9%. Средний возраст участников исследования составил 27,8 лет. Возрастная группа старше 15 лет составляет 53,1%. Распространенными функциональными симптомами являются шум в ушах (81,6%), потеря слуха (46,9%). Шум в ушах является наиболее частым функциональным симптомом, встречающимся у 40 из 49 пациентов, что составляет 81,6%; за которым следует потеря слуха у 23 из 49 пациентов, что составляет 46,9%. На вогнутую барабанную перепонку приходится самый высокий показатель: 37 из 70 ушей, что составляет 52,9%; за которым следует выпячивание барабанной перепонки (35,7%); Тимпанограмма типа В является наиболее распространенной – 50 из 70 ушей (71,4%), за ней следует тимпанограмма типа С – 20 из 70 ушей (28,6%). Средний порог слышимости составляет $28,67 \pm 11,43$ дБ. Наименьший средний порог слышимости составляет 18 дБ, наибольший – 60 дБ. В исследовании после установки вентиляционной трубки у большинства пациентов наблюдалось улучшение функциональных симптомов, таких как шум в ушах, снижение с 81,6% до 31,3% через 1 неделю и 16,7% через 1 месяц. Симптомы снижения слуха после установки вентиляционной трубки уменьшились с 46,9% до 20,8%. У 100% пациентов заложенность ушей уменьшилась в течение 1 недели после установки вентиляционных трубок. Состояние воздухопроводной трубки сухое, чистое и в правильном положении чаще всего наблюдается в 57 из 70 ушей через 1 неделю (81,4%); и в 60 из 70 ушей через 1 месяц (85,7%). Выделения из ушей и закупорка вентиляционных трубок являются частыми осложнениями после операции. Через 1 неделю частота закупорки вентиляционной трубки составила 11,4%, у 5 (7,2%) пациентов присутствовали выделения из уха. Через 1 месяц у 5 пациентов была закупорка трубок, у 3 пациентов – экссудат, у 2 пациентов вентиляционные трубки выпали преждевременно и их пришлось вставить повторно. После установки вентиляционной трубки хорошие результаты составили 91,1%; средние – 6,3%. Было 2,5% с плохими результатами.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что эндоскопическая методика установки вентиляционной трубки дала положительные результаты и играет важную роль в лечении экссудативного среднего отита.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Хомутова Е.Ю.^{1,2*}, Сулимов А.Ф.¹

¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

²БУЗ ОО «Областная клиническая больница», г. Омск

*E-mail: elenahomutova68@gmail.com

Введение. Первичный хронический небактериальный остеомиелит (ПХНО) или склерозирующий остеомиелит Гарре (СОГ) нижней челюсти – редкое, малоизученное и трудно поддающееся лечению заболевание, встречаемость которого составляет примерно 1 случай на 200000-300000 человек. Этиология и патогенез ПХНО нижней челюсти однозначно не определены. Основные характерные жалобы от пациентов на приступообразную боль в нижней челюсти, тризмы и асимметрию лица, но начало заболевания может иметь стертую картину проявлений. При осмотре полости рта – проявлений активного воспалительного (гнойного) процесса не отмечается. Для диагностики ПХНО нижней челюсти в первую очередь используют рентгенологические методы, реже – магнитно-резонансную томографию (МРТ). Данные патологогистологического исследования биоптата преимущественно неспецифичны. Для лечения ПХНО нижней челюсти используют преимущественно комбинированную лекарственную терапию, включающую длительный прием антибиотиков широкого спектра действия, гормональных и антирезорбтивных препаратов. Хирургическое лечение заболевания проводится редко, в литературе не имеет убедительного подтверждения эффективности. До настоящего времени, с учетом небольшого набора описанных в литературе наблюдений, не определены конкретная программа лечения заболевания, прогнозы на исход и развитие возможных осложнений после длительного лекарственного воздействия на организм больных с ПХНО нижней челюсти.

Цель исследования. Представить клинический случай трехлетнего опыта клинικο-лучевого мониторинга ПХНО нижней челюсти у больного 46 лет для включения в общую картину изучения этого заболевания.

Материалы и методы. Представлено трехлетнее наблюдение пациента 49 лет, с жалобами на периодические нарастающие, мучительные боли в нижней челюсти; тризмы, с асимметрией лица и умеренной деформацией нижней челюсти. Проводились многократные стоматологические осмотры ротовой полости, консилиумы различных специалистов (врачей-стоматологов, ортодонта, невролога, инфекциониста, онколога, радиолога). В динамике проведены КЛКТ, МСКТ, МРТ лицевого черепа, соответственно клиническим проявлениям заболевания за 3 года наблюдения. Выполнено 4 сеанса дальнедистанционной рентгенотерапии на пораженную сторону нижней челюсти с целью поиска воздействия на мучительный болевой синдром.

Результаты. Изучены и описаны возможности комплекса проведенных КТ (КЛКТ, МСКТ) и МРТ, особенности лучевой семиотики в соответствии клиническими проявлениями, на всех этапах лечения и междисциплинарного ведения заболевания в динамике трехлетнего мониторинга. Эффективное снижение болевого синдрома и увеличение периода безболевого ремиссии заболевания достигнуты проведением дальнедистанционной рентгенотерапии на пораженную сторону нижней челюсти (выбран как пробный вариант лечения в связи с развившимся осложнением на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) у пациента на фоне длительного приема массивной лекарственной терапии).

Выводы:

1. Использование комбинированного лучевого мониторинга на всех этапах ведения и лечения пациентов с таким редким заболеванием как первичный хронический небактериальный остеомиелит нижней челюсти дает не только исключительный опыт для выбора правильной тактики лечения, сокращая дифференциальный диагностический поиск, но и позволяет искать новые пути лечения без развития известных осложнений, с улучшением состояния пациента и повышением качества жизни.

2. Персонализированный подход к пациентам с редко встречающимися заболеваниями, в том числе индивидуальный поиск решений для медицинской помощи таким пациентам, накопление полноценного количественного и качественного исследовательского опыта, не могут быть эффективно решены энтузиастами в рамках отдельной научной программы регионального уровня. Требуется создание отдельного государственного регистра по орфанным заболеваниям и решение поставленных задач орфанной патологии только в рамках организации государственных мультицентровых научно-исследовательских программ.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ, СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ СЛУХА И ЛЕЧЕНИЯ УШНОГО ШУМА

Хоров О. Г.¹, Бондарчук Ю. М.¹, Вашкевич М. И.², Марцуль Д. М.³

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УО «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники»,

³ УЗ «Гродненская университетская клиника»

*E-mail: khorov@mail.ru

Введение. Современные мобильные мультимедийные устройства – смартфоны и планшеты, обладают всеми необходимыми ресурсами для создания на их базе приложения для скринингового исследования слухового анализатора, диагностики и лечения тиннитуса.

Все они оборудованы цифровыми процессорами, микрофонами, имеют возможность подключения наушников и гарнитур. Операционные системы позволяют создавать приложения, которые используют возможности этих устройств.

Любой современный смартфон оснащен аудиоподсистемой, с помощью которой можно генерировать звуковые сигналы с частотой дискретизации 44100 Гц, что более чем достаточно для реализации на нем тестов тональной аудиометрии, а также наличия возможности генерации управляемых звуков и визуальных эффектов.

Цель исследования. Разработать и использовать мобильные приложения для смартфонов для диагностики и лечения нарушений слуха в качестве скрининга слуха и для лечения шума в ушах.

Использованные материалы и методы 1. Разработано мобильное приложение «Petralex» для программы скринингового обследования слуха детей школьного возраста на базе операционной системы Android. Частота дискретизации звука 44,1 кГц. Обследование слуха с помощью смартфона проводится отдельно для правого и левого уха методом тональной аудиометрии на частотах 125, 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000 и 8000 Гц. Тестовый сигнал представляет собой тональный сигнал заданной частоты с нарастающей амплитудой.

Результаты. Обследованы дети в школах г. Гродно и Гродненской области. Обследовано 1267 детей (2534 уха) 1-4 классов. У 1151 (90,8 ± 0,8%) ребенка уровень слуха был нормальным. У 116 (9,2 ± 0,8%) детей выявлена потеря слуха различной степени выраженности, которая была обусловлена экссудативным средним отитом, острым средним отитом, хроническим средним отитом, серной пробкой, тубоотитом и нейросенсорной тугоухостью.

Использованные материалы и методы 2. Другое наше мобильное приложение «Стоп-Тиннитус» направлено на диагностику и лечение шума в ушах (маскировку шума в ушах). За основу мы взяли принцип лечения шума в ушах по модели TRT (tinnitus retraining therapy). Приложение включает в себя:

- 1) опросник ТНІ (Tinnitus Handicap Inventory),
- 2) тональную аудиометрию (по воздушной проводимости) от 125 Гц до 12000 Гц;
- 3) уровень психоакустического шума;
- 4) автоматический выбор звука, шума;
- 5) визуальная стимуляция.

Мы применили лечение с помощью мобильного приложения к 146 пациентам с диагнозом: Н93.1 Шум в ушах (субъективный) и разная степень потери слуха (от нормальной до тяжелой). Длительность шума в ушах составила более 6 месяцев. Все наши пациенты набрали 18 или выше баллов по опроснику ТНІ.

Результаты. Через 6 месяцев уменьшение шума в ушах у 99 ($67,8 \pm 3,9\%$) пациентов, исчезновение шума в ушах у 21 ($14,4 \pm 2,9\%$) пациента, никаких изменений у 26 ($17,8 \pm 3,2\%$) пациентов.

Заключение. Смартфон и мобильное приложение для аудиологии, а именно наши приложения «Stop-Tinnitus» и «Petralex», могут устранить необходимость в дорогостоящем оборудовании, высококвалифицированном медицинском персонале для выполнения некоторых терапевтических и диагностических процедур аудиологии, таких как скрининг слуха или лечение шума в ушах.

ОЦЕНКА СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ПРИ СЛОЖНОЙ СТРУКТУРЕ ДЕФЕКТА

Цыганкова Е.Р., Заева З.О., Кисина А.Г., Ясинская А.А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им.

Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

E-mail: surdocentr-mosw@yandex.ru

Введение. Актуальность проблемы нарушения слуха в детской практике обусловлена прогрессирующим ростом числа детей с тугоухостью и глухотой, являющихся серьезным препятствием для гармоничного развития речи и личности ребенка. Доказано, что функции коры головного мозга не фиксированы наследственно, они развиваются в результате взаимодействия организма с окружающей средой. Несмотря на достижения современной сурдологии, возникает много сложных задач при диагностике слуха у детей, особенно при наличии у ребенка сочетанной патологии других органов и систем. Наличие сочетанных нарушений, в том числе неврологической патологии у ребенка с нарушением слуха, приводят к значительному усилению вторичных морфофункциональных изменений в проекционных и ассоциативных областях слуховой коры, что оказывает губительное воздействие на формирование мозговых механизмов сенсорного восприятия.

Цель исследования. Оптимизация лечебно-диагностической тактики и реабилитационного алгоритма у детей с тугоухостью и глухотой, имеющих поражение центральной нервной системы (ЦНС) и разработка на этой основе принципов тактики ведения детей с выявленной патологией.

Материалы и методы. Анализ результатов проведен в группе детей с нарушением слуха различного генеза в возрасте от 0 до 18 лет, наблюдающихся в ГДКДСЦ ГБУЗ НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ с 2015 по 2024 гг.

Проведено исследование слуха у 322 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Детям были проведены: осмотр ЛОР-органов, импедансометрия, исследование отоакустической эмиссии, регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) и ASSR, части детей проводилось определение микрофонного потенциала и КСВП с использованием частотно-специфичных стимулов с частотным наполнением в 500Гц, 1000 кГц. В зависимости от возраста и соматического статуса детям проводилась тональная, поведенческая или игровая аудиометрия.

Все дети проконсультированы сурдопедагогом, неврологом. Всем детям проведена электроакустическая коррекция слуха, при наличии показаний – кохлеарная имплантация. Сразу после установки аудиологического диагноза дети консультированы неврологом, определялся объем необходимых клинично-неврологических исследований. По результатам исследований дети получали медикаментозное неврологическое лечение, рекомендуемое неврологом. Далее дети проходили офтальмологическое обследование, генетическое консультирование, при наличии медицинских показаний привлекались врачи смежных специальностей.

Результаты. Особое внимание в работе уделялось оценке неврологического статуса детей, так как даже функциональные изменения или незрелость ЦНС для ребенка с нарушенным слухом в процессе обучения отражается на темпах и возможностях реабилитации. В исследуемой группе детей частота сочетанной патологии составила 40,7% (n=131): поражение ЦНС – 32% (n=103), поражение органа зрения – 5% (n=16), патология сердечно-сосудистой системы – 1,9% (n=6), ферментопатии и эндокринная патология – 0,6% (n=2), онкологические заболевания – 0,6% (n=2), сахарный диабет – 0,6% (n=2).

Частота распространенности диагностированной патологии ЦНС в группе детей с тугоухостью и глухотой значительно превышала другие нарушения. При этом группа заболеваний отличалась значительной неоднородностью: детский церебральный паралич – 17 (19,8%), структурные изменения головного мозга (демиелинизация, перивентрикулярная лейкомаляция – 23 (26,7%), синдром дефицита внимания на фоне резидуально-органическое поражение ЦНС – 22 (25,6%), гидроцефалия – 4 (4,7%), гипертензионно-гидроцефальный синдром – 2 (2,4%), эпилепсия – 2 (2,4%), кисты головного мозга – 2 (2,4%), мальформация сосудов головного мозга, приводящая к нарушению мозгового кровообращения – 2 (2,4%), сенсорная алалия – 12 (14%).

При поражении ЦНС особое значение имеет дифференциальная диагностика центральных слуховых расстройств. При исследовании слуховых потенциалов проводили регистрацию микрофонного потенциала улитки. Однако, при резко нисходящем профиле аудиограммы микрофонный потенциал могут генерировать наружные волосковые клетки

низкочастотной сохранный зоны улитки (порог по КСВП – до 70 дБ). Поэтому при регистрации слуховых потенциалов необходимо регистрировать в том числе КСВП с использованием частотно-специфичных стимулов с частотным наполнением в 500Гц, 1000 кГ.

Заключение. У каждого третьего ребенка, страдающего сенсоневральной тугоухостью и глухотой, имеют место различные поражения ЦНС, что требует дополнительной неврологической коррекции при реабилитации слуховой функции и обязательного включения невролога в лечебно-диагностический алгоритм у этого контингента детей с проведением дифференциальной диагностики центральных слуховых расстройств.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОЦЕЛЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

**Черникова Н.А.*, Шелеско Е.В., Сатанин Л.А., Сахаров А.В., Евтеев А.А.,
Струнина Ю.В.**

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии
им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

*E-mail: chernikhope@gmail.com

Введение. Базальные менингоэнцефалоцеле – это редкое заболевание, в результате которого происходит пролабирование мозговых оболочек и тканей головного мозга через дефект основания черепа. Причинами менингоэнцефалоцеле могут быть нарушения эмбриогенеза, черепно-мозговая травма или ятрогения. В связи с риском развития таких тяжелых воспалительных осложнений как менингит, абсцесс головного мозга, для лечения необходимо хирургическое вмешательство. На современном этапе используются транскраниальный и эндоскопические доступы для закрытия дефектов.

Цель исследования. Разработка современных принципов лечения пациентов детского возраста с приобретенными и врожденными базальными менингоэнцефалоцеле на основе анализа результатов хирургического лечения с учетом анатомо-топографических особенностей.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов хирургического лечения 104 пациентов с базальными менингоэнцефалоцеле в возрасте от 2 месяцев до 17 лет включительно, проходивших хирургическое лечение в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России с 2005-2022 гг. Из них 58 пациентам применяли эндоскопический эндоназальный доступ (основная группа), 36 пациентам – транскраниальный доступ (группа сравнения) и 10 – комбинированный доступ. Проведен ретроспективный

анализ клинических, рентгенологических операционных и послеоперационных данных. Выполнено сравнение эффективности и безопасности применения различных доступов для лечения данной патологии.

Результаты. Эффективность оценивалась по радикальности удаления менингоэнцефалоцеле и частоте возникновения назальной ликвореи в послеоперационном периоде. В группе пациентов, оперированных эндоскопическим доступом успешное удаление менингоэнцефалоцеле и пластика дефекта основания черепа достигнуты в 53 (91,4%) наблюдениях. В целом, вероятность бессобытийной (нерадикальное удаление менингоэнцефалоцеле и рецидив назальной ликвореи) выживаемости 6 мес. после операции составила 0,98, 125 мес. – 0,88. В раннем послеоперационном периоде воспалительные осложнения встречались в 2 (3,4%) наблюдениях, геморрагические в 1 (1,7%) наблюдении. Эффективность транскраниального доступа составила 34 (94,4%), осложнения встречались в 2 (5,6%) наблюдениях. При сравнении доступов по эффективности и осложнениям статически значимой разницы не выявлено ($p>0,05$). Преимуществами эндоскопического доступа являлись минимальная травматичность, малая кровопотеря, короткий период госпитализации и восстановления ($p<0,05$). Выбор доступа и пластических материалов зависел от типа менингоэнцефалоцеле, наличия сопутствующих деформаций лобно-орбитальной области и топографо-анатомических особенностей дефекта основания черепа. Изучение динамики краниометрических показателей в катамнезе достоверно не выявило ограничений параметров роста лицевого скелета у пациентов после эндоскопических операций ($p>0,05$), что доказывает малоинвазивность и безопасность метода. Большинство пациентов при наблюдении имели высокое качество жизни. Более низкое качество жизни при наблюдении наблюдалось у детей с задержкой психомоторного развития до операции (ОШ=0,6; $p=0,003$).

Выводы. Для лечения детей с базальными менингоэнцефалоцеле эффективным и безопасным является эндоскопический подход. Выбор доступа и пластических материалов зависит от анатомических особенностей и локализации дефекта. После эндоскопических эндоназальных операций по устранению приобретенных и врожденных базальных менингоэнцефалоцеле пациенты отмечают высокое качество жизни. Эндоскопический эндоназальный метод не оказывает негативного влияния на рост структур носа, лицевого скелета и основания черепа у детей.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНИТА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Черных Н.М.^{1*}, Носуля Е.В.², Ким И.А.³

¹ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России»

*E-mail: muratova_lor@mail.ru

Гормональный ринит относят к особой форме неаллергического/неинфекционного ринита, который наблюдается при эндокринной дисфункции различного генеза. Клинические проявления ринита при гипотиреозе не всегда соответствуют типичной симптоматике, что является источником ошибочных диагностических заключений, а общепринятые методы консервативного и хирургического лечения в этих случаях не приводят к желаемым результатам.

Цель исследования. Совершенствование диагностики и лечения хронического ринита при гипотиреозе в йоддефицитном регионе Восточной Сибири (Иркутская область).

Материал и методы. В исследование были включены 302 пациента с гипотиреозом (основная группа), среди которых преобладали лица женского пола (98,7%), средний возраст которых составил $53,3 \pm 1,2$ лет. Все пациенты находились на заместительной терапии (L-тироксин). Результаты обследования основной группы сопоставлялись с данными, полученными при обследовании лиц с негормональным неаллергическим ринитом ($n = 112$), аллергическим ринитом ($n = 128$). Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. С целью контроля симптомов назальной обструкции у основной группы ($n = 60$) применялись инсуффляции мометазона по 2 дозы (100 мкг) в каждую половину носа 2 раза в сутки в течение 60 дней. Выраженность симптомов оценивали в баллах от 0 до 10, используя визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Результаты. Субъективная оценка показала, что у пациентов с хроническим ринитом и гипотиреозом отмечались жалобы на нарушение носового дыхания (98,3%), ринорею (81,5 %) и нарушение обоняния (23,2%). Выраженную назальную обструкцию (7–10 баллов по ВАШ), более чем в 4 раза, чаще обнаруживали в группе пациентов с хроническим ринитом и гипотиреозом (14,9%), чем при других формах хронического ринита (аллергического и неаллергического негормонального – 3,1% и 3,6%, соответственно, $p < 0,001$). Ещё одной важной особенностью назальной обструкции при гипотиреозе, по сравнению с аллергическим и неаллергическим негормональным ринитом, является чёткая временная зависимость с более

выраженными проявлениями в ночное время (у 85,4% пациентов). Согласно полученным данным, у 282 (93,4%) обследованных с хроническим ринитом на фоне гипотиреоза была выявлена стойкая гиперемия слизистой оболочки (СО) носовой полости, несколько реже у пациентов в носовых ходах определялось вязкое слизистое отделяемое ($n=246$, 81,5 %) и отёчно-гипертрофические изменения носовых раковин ($n=236$, 78,1 %). Как показало исследование, тяжёлые проявления назальной обструкции (7 баллов и более), несмотря на проведение заместительной терапии гипотиреоза, встречались у 20,0% больных, нарушение носовой проходимости лёгкой (1–3 балла) и средней (4–6 баллов) степени регистрировались с одинаковой частотой – у 40,0% обследованных. После окончания курса лечения мометазоном, отсутствие признаков нарушения носового дыхания отметили 61,6 % обследованных, лёгкая и средняя степень назальной обструкции регистрировалась в 2 раза реже, чем до лечения – у 21,7% и 16,7% пациентов, соответственно ($p < 0,001$), а пациенты с тяжёлыми проявлениями затруднения носового дыхания отсутствовали. Наличие выраженного вязкого слизистого отделяемого из полости носа до лечения отмечали 23 (38,3%) больных с хроническим ринитом при гипотиреозе, среднетяжёлые проявления этого симптома беспокоили 13 (21,7%) обследованных, у 24 (40,0%) этот симптом отсутствовал. После окончания курсового применения мометазона лёгкие проявления этого симптома наблюдались у 18,3 % обследованных, а число пациентов с отсутствием выделений из носа увеличилось в 2 раза (с 40,0% до лечения до 81,7% после лечения; $p < 0,001$). Выраженные отёчно-гипертрофические изменения СО полости носа в процессе лечения имели положительную динамику: наблюдалось снижение числа удельного веса обследованных с данным симптомом с 60,0 % до 38,8 % ($p < 0,001$). Однако частота среднетяжёлых проявлений риноскопических изменений (4–6 баллов) до и после лечения статистически не отличались (40,0% и 31,6%, соответственно; $p > 0,05$).

Обсуждение. Наличие у лиц, проживающих в эндемичных йоддефицитных регионах, жалоб на выраженное затруднение носового дыхания (7–10 баллов по ВАШ), усиливающегося в ночное время суток, а также определяемых при эндоскопии вязкого слизистого отделяемого в носовых ходах и застойной гиперемии слизистой оболочки полости носа должно расцениваться как вероятный признак гипотиреоза и являться показанием к консультации эндокринолога. Стандартная заместительная гормонотерапия щитовидной железы с курсовым применением интраназальных кортикостероидов оказывает положительное влияние на выраженность субъективных и объективных проявлений ринита при гипотиреозе.

ОПИСАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

Шарипов У.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан.

E-mail: ulugbeksharipov1983@gmail.com

Введение. Ларинготрахеальные стенозы (ЛТС) представляют собой группу заболеваний с поражением дыхательной трубки, с её сужением, тяжелая патология, которая затрагивает взрослых и детей. Он имеет множество причин и лечится разными способами. Интервенционные эндоскопические процедуры конкурируют с хирургическими подходами, различные новые методы лечения в настоящее время проверяются на эффективность и безопасность. Нет многоцентровых исследований по описанию расширения дыхательных путей с описанием типа, места и степени сужения. Единая классификация отсутствует; существуют несколько классификаций, которые в той или иной мере характеризуют определенные стороны стенозы, однако они не имеют собирательный характер. Для характеристики хирургических подходов нами была поставлена цель провести описание существующих стенозов с различных аспектов, включая механизм их развития, причину, место расположения, её качественные структурные характеристики, степень сужения и ее продленность.

Цель исследования. Оценка ларинготрахеальных стенозов для определения тактики хирургического подхода.

Материалы и методы. Обследовано 106 больных в возрасте от 18 до 74 лет с ларинготрахеальными стенозами, проходивших лечение в 2015-2023 гг. в ЛОР-клинике Ташкентского государственного стоматологического института. Возрастно-половой состав показал превалирование лиц мужского пола – 66,0% (n=72), наибольшее количество больных в молодом возрасте (18–44 лет) 67,9% (n=76). Наименьшую группу составили лица пожилого возраста (60–74 лет) – 6,6% (n=7), так же с преобладанием мужского пола. Применяли следующие методы исследования: видеоларинготрахеоскопию, виртуальную ларинготрахеоскопию, СТ, МРТ.

Результаты исследования. Изучение документации больных выявило четыре группы причин непосредственно приведших к развитию ЛТС: наружные травмы дыхательной трубки (7,5%), внутренние травмы поверхности полости дыхательной трубки (6,6%), продленная интубация (68,9%), объёмно-рубцовые дефекты (17,0%). Наибольшее количество составили продленная интубация сроком более 5 дней и трахеостомия с канюленосительством сроком более одного месяца. При этом её причинами явились эклампсия (21 больной), травмы органов брюшной (8 больных) и грудной полости (4 больных), ИБС (14 больных) и

последствия ЧМТ (26 больных). Заболеваниями, приведшими к наружным травмам дыхательной трубки, явились травмы шеи (8 больных). Внутренние травмы поверхности полости дыхательной трубки развились ввиду оперативных вмешательств по удалению образований гортани и трахеи (7 больных). К объёмно-рубцовым дефектам привели: операции по поводу образования гортани и трахеи (5 больных) и образования щитовидной железы (6 больных), ЧМТ (7 больных).

Степень стеноза по по Muir-Cotton распределилась следующим образом: наибольшее количество составили стенозы 3 степени с сужением более 70% просвета – 44,3% и сужения 2 степени – с сужением 50-70% просвета, что составило 33%. Менее всего было случаев сужения 1 степени – 5,7%. Немалую часть больных так же составили больные с полной обтурацией просвета – 17%. Таким образом можно констатировать, что в 94,7% случаев стенозы сопровождались тяжёлыми угрожающими жизни состояниями.

Степень стеноза по по Lano-Netterville характеризовалась тем, что в большинстве случаев стенозы были 2 степени с захватом двух областей (82,1%), локализация в одной области в наших исследованиях не встречалась.

По локализации стеноза нами выявлено: наибольшее количество стенозов локализовались в области «подголосовой отдел - трахея» – 43,4%, на втором месте стенозы, которые локализовались в гортани, ограничиваясь областью «голосовая щель - подголосовой отдел» – 22,6%. Менее всего стенозы были локализованы в области голосовой щели – у 3 больных. Стоит отметить наиболее тяжёлую группу стенозов – локализовавшиеся сразу в трёх областях, что составило – 17,9%.

Характеристика стенозов прежде всего основывалась на эндоскопических результатах, но определение уровня стеноза, его длины было соотнесено с радиологическими данными и данными интраопреционного исследования.

Выводы. Ларинготрахеальные стенозы в большинстве случаев характеризуются тяжёлым течением, обусловленным тем, что причиной являются тяжелые травмы и заболевания, что и определяет степень тяжести.

ХИРУРГИЯ ПРЕМАКСИЛЛЯРНОГО ГРЕБНЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОРА

Шведов Н.В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

E-mail: shvedovnv@yandex.ru

Введение. В современной оториноларингологии активно проводится разработка щадящих методик хирургических вмешательств на ЛОР-органах, что позволяет снизить количество операционных осложнений, уменьшить количество дней пребывания в стационаре и повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Септопластика является одной из самых распространенных хирургических вмешательств на ЛОР органах. Одним из этапов септопластики является резекция премаксиллярного гребня - кристотомия, которая по классической технике, известной еще с 1962 г., выполняется чаще всего хирургическим долотом, а также другими вспомогательными инструментами (патент № SU 158983 A1). Нередко при резекции премаксиллярного гребня травмируют его содержимое (резцовая артерия, РА, носонебный нерв), вызывая тем самым кровотечение, парестезии резцов верхней челюсти и/или гематому перегородки носа (ПН).

Цель работы. Разработать оригинальную методику коррекции премаксиллярного гребня для профилактики интра- и послеоперационных осложнений при септопластике.

Материалы и методы. В исследование было включено 25 пациентов (15 женщин, 10 мужчин). Всем пациентам была проведена септопластика с коррекцией премаксиллярного гребня, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Завершалась операция тампонадой полости носа. Критериями включения в исследование были: возраст – от 18 до 55 лет, искривление ПН с выраженной девиацией премаксиллярного гребня, вазомоторный ринит. Критериями исключения были: клинические и рентгенологические признаки пороков развития твердого неба, ранее перенесенные эндоназальные хирургические вмешательства или операции на твердом небе.

Разработанная нами методика оригинальной кристотомии отличается от известных тем, что при ее выполнении благодаря истончению костного остова премаксиллярного гребня с помощью хирургического бора и его люксации медиально, риск повреждения РК и, как следствие, кровотечения из РА, развития парестезии резцов верхней челюсти и гематомы ПН – минимален.

Результаты. С применением оригинальной методики коррекции премаксиллярного гребня нами прооперировано 25 пациентов с искривлением ПН. В послеоперационном периоде пациенты осматривались на 3-е, 7-е, 14-е, 30-е сутки. Отдаленные результаты прослежены в течение года после операции. Послеоперационных осложнений не отмечено.

Заключение. Коррекция премаксиллярного гребня является часто выполнимым этапом при проведении септопластики, однако многими хирургами не учитывается важность щадящего его выполнения с целью исключения осложнений, которые могут наблюдаться при сбивании премаксиллярного гребня долотом или «выламывании» щипцами Блэксли. Нами была разработана щадящая оригинальная методика коррекции премаксиллярного гребня с применением хирургического бора, в ходе которой не было отмечено ятрогенных осложнений в виде кровотечения из РА, парестезии резцов верхней челюсти или гематомы ПН.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНСИТОМ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ВЫСТИЛКИ

Шулепова Э.А.¹, Ниделько А.А.^{2*}, Рябцева С.Н.³

¹ Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

² ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»

³ Институт физиологии НАН Беларуси

*E-mail: anastasiyanid11.11@mail.ru

Введение. Мезенхимальные стволовые клетки (МСК) способны восстанавливать и регенерировать ткани, поскольку они обладают способностью идентифицировать поврежденный орган и генерировать цитокины, обладающие иммуномодулирующим и иммуносупрессивным действием [1]. МСК обонятельной выстилки (ОВ) являются перспективным источником стволовых клеток из-за их доступности. Нами не найдено в литературных источниках данных о морфологических особенностях слизистой оболочки полости носа после использования МСК ОВ у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС).

Цель исследования. Провести оценку патоморфологических изменений слизистой оболочки пациентов с ХПРС после применения МСК ОВ и без их применения.

Материалы и методы. В ходе исследования был выполнен морфологический анализ образцов слизистой оболочки (n=58) полости носа 33-х пациентов, из которых 18 пациентам с ХПРС выполнили эндоскопическую полисинусотомию с удалением полипов и введением МСК, 15 пациентам с ХПРС выполнили только хирургическое вмешательство – эндоскопическую полисинусотомию с удалением полипов.

Материал фиксировали в 10%-ом растворе нейтрального формалина (рН=7,2) в течении 24 часов, далее из каждого образца был вырезан один-два фрагмента для гистологического исследования. Затем выполнена 12-часовая проводка материала в вакуумном тканевом процессоре карусельного типа KD-TS6B (производитель – Kedee, Китай). Заливку материала в парафиновые блоки осуществляли на модуле для подогрева и дозирования парафина KD-ВМШ (производитель – Kedee, Китай). С помощью микротомы CUT 5062 (производитель – SLEE, Германия) были изготовлены серийные срезы толщиной 4 мкм, которые располагали на предметном стекле и окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике.

С помощью гистологического сканера Aperio AT2 (производитель – Leica, Германия) были оцифрованы гистологические препараты при увеличении $\times 20$. В гистологических препаратах измененной и неизмененной слизистой оболочки полости носа выполнена оценка воспалительных и компенсаторно-приспособительных процессов согласно бальной шкале, предложенной V.-E. Trombitas и соавторами в 2021 году с небольшой модификацией бальной оценки параметров [1].

Результаты. В ходе исследования установлено, что введение МСК ОВ во время эндоскопической полисинусотомии к 6-7 суткам наблюдения после операции сопровождалось активацией в слизистой оболочке полости носа регенераторных процессов с восстановлением целостности респираторного эпителия со снижением выраженности поражения ресничек эпителия, развития отека и фиброза по сравнению с группой пациентов, которым не вводили данные клетки; спустя 1-3 месяца после введения МСК также отмечено положительное влияние МСК на регенерацию респираторного эпителия слизистой оболочки полости носа пациентов после их введения, отмечено снижение нейтрофильной инфильтрации по сравнению с группой пациентов, которым не вводили МСК, спустя год наблюдения отмечено положительное влияние МСК на регенерацию респираторного эпителия слизистой оболочки полости носа пациентов после их введения, также установлено отсутствие эозинофильной инфильтрации по сравнению с группой пациентов, которым данные клетки не вводили.

Выводы. Введение МСК ОВ в слизистую оболочку полости носа ускоряет регенерацию поврежденной слизистой оболочки в раннем послеоперационном периоде и способствует снижению выраженности метапластической трансформации эпителия и выраженности аллергической реакции в слизистой оболочке полости носа в отделенном периоде.

Список использованной литературы:

1. Trombitaş V-E, Nagy AA, Berce C, Pall E, Tăbăran F, Ilea A, Albu S. The Role of Mesenchymal Stem Cells in the Treatment of a Chronic Rhinosinusitis—An In Vivo Mouse Model. *Microorganisms*. 2021; 9(6):1182. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9061182>

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ТРАХЕОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Щербина И.А.^{1,2}, Кугаевских В.Н.^{1,2}, Нестерова К.И.¹, Ларькин В.И.¹, Ларькин И.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

²БУЗ ОО «Городская детская клиническая больница №3», г.Омск

*E-mail: 7irina99@mail.ru

Введение. Несмотря на появление в последние десятилетия новых, щадящих технологий установки трахеотомической трубки в отделениях реанимации, классическая открытая трахеостомия не теряет своей актуальности. С развитием медицины и расширением возможности оказания высококвалифицированной медицинской помощи показания к ней постоянно расширяются. Для конечного успеха ведения больного любого профиля важна также своевременная деканюляция. Трахеостомия все чаще выполняется у детей со сложными заболеваниями для лечения обструкции верхних дыхательных путей, длительной вентиляции, аномального дыхательного привода и необратимых нервно-мышечных состояний. В этом упражнении рассматриваются показания к трахеостомии у детей, методы процедуры трахеостомии и их осложнения в педиатрической популяции, а также подчеркивается роль межпрофессиональной команды в уходе за детьми с трахеостомой.

Цель исследования. Проанализировать исходы трахеостомий у детей, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии с 1993 по 2022 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ 178 случаев трахеостомий, выполненных в городской детской многопрофильной больнице за 30 лет на основе историй болезни, амбулаторных карт, протоколов вскрытия.

Проанализированы причины, техника и сроки наложения каждой трахеостомы, течение послеоперационного периода и исходы.

Результаты. Среди общего числа трахеотомированных больных преобладали дети с патологией нервной системы – 89,9% (n=160), из них нейрохирургического профиля – 63,8% (n=102). Больным без патологии центральной нервной системы (ЦНС) было наложено 18 (10%) трахеостом. Основной части больных трахеостомия была произведена по причине длительной интубации, только двум больным операция была проведена экстренно по причине острого нарушения проходимости дыхательных путей из-за невозможной интубации по причине аллергического отека гортани (n=1) и при рефлекторной остановке дыхания при разгибании головы (n=1).

Среди нейрохирургических больных 59,8% (n=61) имели тяжелую изолированную или сочетанную черепно-мозговую травму (ЧМТ), 18,6% (n=19) – опухоли головного мозга

различной локализации, 12,8% (n=13) – гидроцефалию, 7,8% (n=8) – острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу и 1% (n=1) – заднюю черепно-мозговую грыжу. Одной из наиболее тяжелых категорий больных были глубоко недоношенные дети с гидроцефалией и бронхолегочной дисплазией.

Анализ постоперационных осложнений показал, что для профилактики рубцовых стенозов гортани и трахеи важны сроки наложения трахеостомы на фоне продленной интубации. По нашим данным больше таких осложнений было в первые 10-12 лет анализируемого периода, когда средний предоперационный день составлял 14-16 суток. Показаниями к трахеотомии были трудность переинтубации и развитие бронхопневмонии с большим количеством мокроты, что затрудняло санацию трахеи и бронхов.

В последующие годы трахеостомию производили в среднем на 7 сутки, и это дало сокращение количества послеоперационных рубцовых стенозов. Показаниями к операции также являлись сроки длительности интубации и невозможность восстановления самостоятельного дыхания.

Трахеостомия производилась тяжелым больным. От основного заболевания в остром периоде умерло 17 пациентов (16,6%), из них половина с тяжелой ЧМТ (n=8), с опухолью головного мозга – 5 человек, с гидроцефалией – 3, с задней черепно-мозговой грыжей – 1. В более поздних периодах в разные сроки умерли еще 16 больных, среди них от опухоли мозга – 10, от тяжелой гидроцефалии – 3, от последствий тяжелой ЧМТ – 2.

От осложнений трахеостомии умерло 2 человека (2%). В обоих случаях причиной были кровотечения из трахеостомы. Одна больная с сочетанной тяжелой ЧМТ и шинированием после перелома нижней челюсти умерла в остром периоде на 10 сутки после операции в 1993 г., жесткое шинирование осложнило оказание помощи. Второй больной в вегетативном состоянии после тяжелой ЧМТ умер через 1,5 года.

Среди детей с благоприятными исходами по основному заболеванию деканюлированы в острый и в более поздний периоды 56 человек (50%). Еще четверо (3,9%) – двое с полным рубцовым стенозом трахеи и двое с частичным стенозом трахеи – были деканюлированы после реконструктивных операций. У 5 (4,9%) больных на фоне рубцового стеноза трахеи сформировались точечные свищи трахеи, требующие пластики передней поверхности трахеи.

Выводы. В настоящее время показания к операции трахеостомии расширяются, она производится чаще всего при длительной интубации трахеи. При этом доминируют больные нейрохирургического профиля. Для профилактики рубцовых стенозов гортани и трахеи важны сроки проведения операции, оптимальными являются 5-7 сутки интубации.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Якубов Р.Р.¹, Шайхова Х.Э.¹, Якубов Р.К.²

¹ Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

² Ташкентский Государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан

*E-mail: kulok@rambler.ru

Введение. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава (ВДО ВНЧС) у детей является мультифакторным и полиэтиологичным заболеванием. Изменения в челюстно-лицевой области и мягких тканях верхних дыхательных путей (воспалении, деформации, обструкции,) могут осложняется дыхательными нарушениями во время сна (СОАС, синдром гиповентиляции во сне) с её последствиями в виде гипоксии и ацидоза. Гипоксия является одним из основных причин и, или следствием воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, которая способствует хронизации патологического процесса, ухудшает процессы ремоделирования костной и мягких тканей, и нередко приводит к деформациям и резорбции кости.

Известно, что структурно – функциональные нарушения со стороны ЛОР-органов у детей с ВДО ВНЧС усугубляют нарушениями метаболических процессов как на местном, так и на системном уровне. Поэтому вполне обоснована необходимость применения междисциплинарного подхода при выявлении факторов и степени гипоксии при лечении и реабилитации детей с ВДО ВНЧС.

Цель исследования. Комплексная диагностика факторов гипоксии эндогенного происхождения у детей в сочетании ЛОР-заболеваний с вторичным деформирующим остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Были обследованы 65 больных детей с ВДО ВНЧС 65 детей в возрасте от 3 до 18 лет с ВДО ВНЧС, находящиеся на лечении в стационаре. В зависимости от периода развития организма дети были разделены на 3 возрастные группы. В возрасте 3-6 лет обследованы 18 больных, 7-11 лет – 23, 12-18 лет – 24 больных.

Методы обследования включали: изучение жалоб, анамнеза, осмотр и эндоскопия ЛОР-органов, лабораторные-инструментальные и микробиологические исследования. полости носа, ротоглотки, кишечника. Лучевая диагностика проводилась при помощи мультисрезовой компьютерной томографии носа и околоносовых пазух, костей лица и черепа при помощи программы RadiAnt DICOM Viewer. Были изучены факторы, влияющие на показатели внешнего дыхания: исследования массы и роста тела (антропометрия по центилям), спирометрия.

Результаты. При обследовании у 50 пациентов с ВДО ВНЧС (77%) выявлены изменения со стороны ЛОР органов: затруднение носового дыхания было у 43 пациентов (66%), у 48 выявлены рентгенологические и клинические признаки искривления носовой перегородки (74%). При изучении состояния носоглоточных миндалин из 65 обследованных у 57 пациентов выявлена гипертрофия глоточной миндалины преимущественно 2-й степени с признаками хронического аденоидита. Это указывало на значительное сужение носоглотки у большинства обследованных пациентов.

Нарушения внешнего дыхания по результатам спирометрии выражались в обструктивных, рестриктивных и смешанных формах. Нормальное дыхание было диагностировано у 7 пациентов. У детей с отставанием в физическом развитии изменения наблюдались заболевания как со стороны ЖКТ, нервной, эндокринной, так и в опорно-двигательном аппарате, проявляющиеся нарушением осанки, деформациями грудной клетки, изменением мышечного тонуса участвующих в вентиляции легких, жевательных мышц и в других отделах частей тела.

В свою очередь, искривление перегородки носа и гипертрофия носовых раковин значительно ухудшают носовое дыхание за счёт увеличения сопротивления воздушному потоку. Среди локальных причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания у детей с ВДО ВНЧС, важное место занимает затруднение проходимости воздуха, связанное с воспалительным процессом в носу и околоносовых пазух, или гипертрофией глоточной миндалины, искривлением носовой перегородки, вазомоторным ринитом, а также ретропозицией нижней челюсти и языка.

Выводы:

1. Заболевания ЛОР-органов, протекающие с респираторными нарушениями, отрицательно влияют на здоровье ребёнка и приводят к развитию или прогрессированию соматической патологии. В свою очередь наличие соматической патологии у детей с ВДО ВНЧС приводит к отставанию физического развития и бронхолёгочному синдрому с нарушением внешнего дыхания в виде обструктивных, рестриктивных и смешанных форм респираторных нарушений, являющихся во многих случаях пусковым толчком в развитии гипоксических состояний.

2. Выявленные структурно-функциональные нарушения такие, как увеличение носоглоточных миндалин, деформации костно-хрящевых структур носовой полости и нижней челюсти лежат в основе нарушения носового дыхания, что следует учитывать при разработке лечебно-диагностических мероприятий со стороны ЛОР-органов у детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава.

©ФГБУ НМИЦО ФМБА России, 2024

ISBN 978-5-6043258-8-9



9 785604 325889