



ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ТЕЗИСЫ

23 сентября 2022 года

г. Ярославль



Донецкий ринологический центр – итоги и задачи

Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Боенко Н.Д.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Донецк, ДНР

Введение. Первый в Украине ринологический центр – Донецкий – был организован на базе ЛОР-отделения дорожной клинической больницы на ст. Донецк в 1995 году. Его руководителем стал профессор С.К. Боенко. Организация ринологического центра была очень своевременной: в 90-е годы доля пациентов с заболеваниями носа околоносовых пазух превысила половину контингента больных ЛОР-отделений. В настоящее время центр является единственным на территории Донецкой и Луганской народных республик.

Цель: внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных с ЛОР-патологией; оказание высокоспециализированной ЛОР-помощи пациентам Донецкой и Луганской народных республик с патологией носа и околоносовых пазух; преподавание оториноларингологии врачам на последипломном уровне; проведение научных исследований.

Материал и методы. Донецкий дорожный ринологический центр полностью укомплектован современным эндоскопическим медицинским оборудованием и набором инструментов для эндоскопических ринологических и других ЛОР-операций. Все врачи центра прошли соответствующую специализацию за рубежом и в России. На базе центра работают: доктор медицинских наук, два доцента и два ассистента. Перечень оперативных вмешательств, которые осуществляются в Донецком дорожном ринологическом центре, включает септопластику, различные виды эндоназальных полипотомий и синусотомий, эндоназальную дакриоцисториностомию, коррекцию хоанальных атрезий и деформаций наружного носа, эндоскопические вмешательства на носовых раковинах, операции при риногенных осложнениях. На базе центра все годы ведется межкафедральная научно-исследовательская работа.

Результаты и их обсуждение. За 17 лет в Донецком дорожном ринологическом центре с использованием эндоскопической техники и современных методик прооперировано около 4 тысяч пациентов. На клиническом материале центра успешно защищена кандидатская диссертация «Эндоскопическое хирургическое лечение пациентов с неопухолевыми заболеваниями верхнечелюстной пазухи» и докторская диссертация «Клиника, диагностика и эндоскопическое хирургическое лечение воспалительных заболеваний задней группы околоносовых пазух». Для оптимизации хирургического лечения ринологических больных Д.С. Боенко созданы оригинальный синус-троакар и оригинальный конхокорректор, промышленный выпуск которых осуществляется фирмой «Элмед» (г. Казань, Россия). За время работы центра сотрудниками разработано 17 новых методов лечения, защищённых патентами Украины и Российской Федерации. На базе Донецкого дорожного ринологического центра впервые обоснована экономическая эффективность применения современных методик «причинного» лечения синуситов (W.Messerclinger, 1978), которая составила 37 тыс. долл. США на одного больного. Несмотря на сложную политическую и экономическую ситуацию, Донецкий дорожный ринологический центр продолжает работать и оказывать медицинскую помощь пациентам Донбасса.

Выводы: Донецкий ринологический центр является опорным медицинским учреждением, оказывающим высокоспециализированную оториноларингологическую помощь населению Донецкой и Луганской народных республик. Работа Донецкого дорожного ринологического центра направлена на решение актуальных проблем ринологии: разработке проблемы эндоназальной хирургии евстахиевой трубы,

хирургического лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита и патологии слезных путей.

2

Опросник как инструмент ранней диагностики дисфункции слуховой трубы

Боенко Н.Д.* , Красножен В.Н.** , Боенко Д.С.* , Талалаенко И.А.* , Талалаенко Л.Р.*.

*ГОО ВПО «ДОННМУ им. М.Горького», Донецк, ДНР

**КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Несмотря на то, что дисфункция слуховой трубы (ДСТ) постоянно остается в центре внимания ведущих исследователей, в практической работе её диагностика зачастую является запоздалой. Это связано с анатомическими особенностями расположения слуховой трубы и сложностями её визуализации (Литовец Т.С. и соавт., 2013; Крюков А.И. и соавт., 2014; Лавренова Г.В. и соавт., 2018). Раннее выявление тубарной дисфункции и факторов риска, способствующих её возникновению, являются важными задачами оториноларинголога.

Цель: улучшить диагностику ДСТ у пациентов с аномалиями внутриносовых структур.

Материал и методы. В 2021-2022 годах в Донецком дорожном ринологическом центре обследовано 50 пациентов с патологией носа и околоносовых пазух (ОНП), находящихся на стационарном лечении. Мужчин 27 (54,0%), женщин – 23 (46,0%). Возраст больных колебался от 18 до 72 лет. На первом этапе диагностики, помимо стандартных методов исследования, нами применялись опросники. В опросниках были перечислены основные жалобы, характерные для патологии носа и околоносовых пазух (ОНП), а также для ДСТ. Состояние «носового» и «ушного» комфорта пациента оценивалось в баллах. На втором этапе пациентам по показаниям выполнялись дополнительные исследования: конусно-лучевая компьютерная томография носа и околоносовых пазух, эндориноскопия, передняя активная риноманометрия, тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия.

Результаты и их обсуждение. Самой частой «носовой» жалобой в исследуемой группе оказалось «затруднение носового дыхания» (у 41 - 82,0 % пациентов). «Насморк» отметили 37 (74,0%), «снижение обоняния» 36 (72,0%), «головную боль» 31 (62,0%) обследованных. «Ощущение стекания отделяемого в глотку» беспокоило 8 (16,0%), «лицевые боли» - 5 (10,0%) пациентов. Самой редкой «носовой» жалобой оказалось «носовое кровотечение», отмеченное у 3 (6,0%) больных. Среди «ушных» жалоб наиболее частыми были: «ушные симптомы при простуде или синусите» (у 12 - 24,0 %), «чувство заложенности или ощущение нахождения «под водой» (у 11 - 22,0 %), «ощущение, что Ваш слух приглушен» (у 10 - 20,0%), «давление в ушах» (у 7 - 14,0 %) пациентов. Реже отмечены «хлопки или бульканье в ушах» (у 3 - 16,0 %), «боль в ушах» (у 2 - 4,0 % обследованных). Самой редкой «ушной» жалобой оказался «звон в ушах», отмеченный у 1 (2,0 %) пациента.

У 16 (32,0 %) пациентов, набравших более 20 баллов в «ушной» части опросника, данные объективного исследования подтвердили ДСТ. Таким образом, высокая сумма баллов (20 - 50) и их разнообразная структура в большинстве случаев были субъективным отражением патологического состояния ринотубарной зоны. Точный подсчёт и статистическая оценка этих субъективных оценок могут быть предметом дальнейших исследований.

Выводы: 1. Опросник является эффективным инструментом ранней диагностики дисфункции слуховой трубы. 2. У пациентов с внутриносовыми аномалиями необходим тщательный анализ всего спектра жалоб с целью определения показаний к углублённому обследованию ринотубарной зоны.

Тактика остановки носовых кровотечений не меняется 25 веков

Бондарук В.В.

Клиника SDI, г. Москва

Введение: Причины и тактика лечения носовых кровотечений (НК) — это самый простой материал, усваиваемый студентами еще на цикле ЛОР-болезней в медицинских институтах. Практически каждый врач знает элементы неотложной помощи при НК. Эта патология крайне редко может стать причиной смертельного исхода, хотя серьезно меняет физическое и психологическое состояние пациента.

Материал этой статьи базируется на ретроспективном анализе выписных эпикризов пациентов, которые были госпитализированы в различные стационары города Москвы в порядке оказания неотложной помощи, а потом посещали поликлинику (52 КДЦ МО РФ, центр реабилитации «ВЦМК» Защита МЗ РФ и клиники SDI.).

За 15 лет проанализировано 69 случаев стационарного лечения НК. 66 пациентов госпитализированы бригадами скорой помощи из дома и 3 случая из 52 КДЦ МО РФ. Всем пациентам согласно выписок оказывалась медицинская помощь в рамках медицинских стандартов (приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012г. №1208Н.), если до этого времени выписные эпикризы были более-менее информативными, то после этого приказа появилась лаконичная фраза оказана медицинская помощь согласно медицинских стандартов, с кратким перечислением лекарственных препаратов без указания доз, кратности и путей введения. Всегда информация выписного эпикриза дополнялась опросом пациента, чтобы понять, что делали и в какой последовательности.

100% всем пациентам выполнена переднепетлевая тампонада носа и всем марлевыми тампонами, без оболочки.

У пяти пациентов через сутки выполнялось перетампонирувание, у 3-х пациентов (4,5%) в течение двух суток передняя тампонада дополнена задней.

Среднее время нахождения тампонов 2,2 дня, согласно литературным данным это неплохой показатель, крайние значения превышают три дня, а для задней тампонады - 4,5. Элементы крови не переливались, хотя в одном случае состояние пациента требовало этого, гемоглобин упал ниже 72, поступал с уровнем 102 г/л. Всем пациентам назначались антибиотики, это действительно прописано в стандарте. 75% получали внутривенно аминокaproновую кислоту. 38% случаях вводился децинон или этамзилат натрия. 86% пациентов были старше 60 лет. 96% из них составляли мужчины.

У всех пациентов старше 60 лет была гипертоническая болезнь, 26 пациентов принимали различные препараты направленные на разжижение крови, но ни у одного не было выявлено нарушение свертывающей системы крови на момент поступления в стационар.

Хочется представить опыт лечения этой патологии вне стационара в 52 КДЦ МО РФ, начиная с 2002 по 2016 года. В среднем в течение года НК не травматического характера (там основной диагноз перелом, ушиб) встречались с частотой 8-19 случаев в год. За указанный период в оториноларингологическое отделение обратилось 156 пациентов с НК, направлено на госпитализацию только 3 пациента старше 70 лет со стойкой сердечно-сосудистой патологией. Всем пациентам кровотечение останавливалось без тампонады, благодаря биполярной коагуляции. Иногда пациент находился под наблюдением до 8 часов (в центре есть хирургический и терапевтический дневной стационар), за это время фармакологически стабилизировалось артериальное давление и только после этого родственники забирали пациента домой, получая четкие рекомендациями по соблюдению постельного режима в течение суток и приему лекарств. В одном случае у пациента, который проживал

один и не мог соблюсти наши рекомендации, был рецидив кровотечения, который привел к госпитализации и жалобе родственников.

При оказании неотложной помощи пациентам с НК, нужно стремиться к схеме, предложенной С.Я. Косяковым с соавторами в учебном пособии ГБОУ ДПО РМАПО от 26 июня 2012 г. «Носовое кровотечение», где перед проведением тампонады рекомендуется прибегнуть к удалению крови из полости носа, затем к использованию сосудосуживающих и анестезирующих средств и после обнаружения источника кровотечения к электрокоагуляции зоны кровотечения.

Если в амбулаторных условиях удалось уйти от тампонады полости носа и ограничиться биполярной коагуляцией, то в условиях стационара это обязаны выполнять. Выполнить тампонаду за 5-10 минут гораздо легче и неважно, что она приносит значимые страдания пациенту, а иногда некорректно выполненная тампонада (разрывы слизистой перегородки носа и носовых раковин), является поводом для перетампонирувания или постановки заднего тампона. Ни одному пациенту в стационаре даже не пытались коагулировать кровоточащий сосуд.

Тампонада носа показана в военно-полевых и приравненных к ним ситуациях, но она не должна переноситься на этап специализированной медицинской помощи, иначе мы не отличаемся от времен Микулича, Лихачева и Воячека. Инструменты и лекарственные препараты полностью изменились, а тактика предложенная Гипократом, 400 лет до нашей эры, не изменилась, даже на этапе специализированной оториноларингологической помощи, почему? Возможно, что при большом количестве пациентов, поступающих в оториноларингологическое отделение по скорпомощному дежурству, у дежурного врача может объективно не хватать времени на остановку кровотечения из носа безтампонными методиками, но это должно носить единичный характер.

Для того чтобы менять ситуацию нужно ее озвучивать, это явилось основным побудительным мотивом представленного материала.

Ринология и стационарзамещающие технологии

Бондарук В.В.

Клиника SDI, г. Москва

Целью работы было определение возможностей и выбора лечебной тактики при проведении ринологических операций в поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе 52 КДЦ МО РФ. В условиях дневного стационара прооперирован 64 пациента в возрасте от 14 до 62 лет. I группа - 8 человек, которым выполнена септум операция с постановкой тампонов в силиконовой пленке на сутки, со стандартной премедикацией и послеоперационным ведением и суточным пребыванием в дневном стационаре. Во II группе - 56 пациентов, проводилась специфическая пред- и послеоперационная терапия, септум операция проводилась в режиме кристотомии или отслойки надхрящницы с одной стороны и удаления хрящевой девиации парциально, тампонада носа не проводилась.

Перед операцией проводилось клиническое обследование; КТ околоносовых пазух; определение стандартных показателей безопасности, С-реактивный белок и клинический анализ крови определялся перед операцией и через сутки, на 3-и сутки после операции определялось количество лейкоцитов в слизи из полости носа.

Результаты исследования. В I группе после операции отмечалось повышение СОЭ в среднем в 1,5 раза, увеличение показателей С-реактивного белка в 1,5-2,5 раза, повышение содержание лейкоцитов в крови на 20-30%, значимый реактивный отек слизистой носа с обильным выпадением толстых фибриновых пленок, в мазках слизи из полости носа 70-110 лейкоцитов в 1 см², носовое дыхание становилось

удовлетворительным к 5 суткам. Несмотря на использование малотравматичных методик выполнения операции и чадящий режим тампонады (переднепетлевая тампонада, марлевые тампоны, обвернутые эластичной пленкой, пребывание тампонов в полости носа не более одних суток). Состояние пациентов в первые сутки после операции было неудовлетворительным из-за отсутствия носового дыхания боли в носу и головной боли. Носовое дыхание было затруднено неделю в следствии выраженного отека слизистой и склеивания полости носа фибринными пленками.

Во II группе с целью максимального уменьшения реактивного отека и подготовки слизистой полости носа к хирургической агрессии пациентам за трое суток до операции назначались интраназальные глюкокортикостероиды (ИГК), деконгестант с муколитическим препаратом, их прием продолжался 7 дней после операции, за сутки до операции начинал приниматься перорально антигистаминный препарат в течении 10 дней. В премедикацию дополнительно включался дексаметазон, непосредственно перед операцией слизистая орошалась ИГК, деконгестантом с муколитическим действием.

Операция заканчивалась без тампонады, после операции на три дня назначался транексам. В течение 2-х недель пациенты выполняли самостоятельно промывание полости носа минеральной водой эссенуки №17 без газов или физиологическим раствором. Во II группе после операции СОЭ статистически не изменялось, С-реактивный белок увеличивался в 0,4-1,2 раза, в мазках слизи количество лейкоцитов не превышало 40 в 1 см², фибрин в полости носа выпадал в виде нежных пленок, носовое дыхание становилось стабильным к концу 2-х суток.

Всем пациентам в течение первых 3-х суток после операции проводился туалет полости носа. Очень важным моментом в послеоперационном уходе за полостью носа является тщательное удаление кровяных сгустков, фибринных пленок и слизи, для этого проводится анемизация и туалет полости носа только при помощи электроотсоса и постоянное промывание полости носа, самим пациентом, используя систему долфин. Лекарственные препараты нужно распылять на слизистую, а не наносить при помощи ватных фитильков или марлевых турунд.

На протяжении 15 лет проводилось совершенствование оперативной техники и сейчас после всех ринологических операций, пациенты отпускаются домой через час по окончанию операции, при этом тампонада носа не выполняется.

Ежегодно проводится более 300-х оперативных вмешательств, 2/3 из которых являются сложными (септум операции, вскрытие верхнечелюстных пазух и решетчатых лабиринтов).

Основой малотравматичности при ринологических операциях является отказ от классической техники операции на перегородке носа, а выполнение септум операции в режиме кристотомии или ремодуляции хряща при односторонней отслойке слизистой. Категорически не должен проходить операционный подход к зоне хирургического воздействия через неискривленные участки перегородки. Эндоскопическое вскрытие верхнечелюстной пазухи сопровождается значительным повреждением зоны соустья и возможное кровотечение исключили его в амбулаторной. Пришлось полностью отказаться от такого доступа и отдать предпочтение вскрытию пазухи через переднюю стенку по методике, усовершенствованной Козловым В.С., при помощи троакара его конструкции. Перед вскрытием пазухи и сразу после, проводится локальное охлаждение зоны хирургической травмы стерильным контейнером со льдом, для этого используется любой контейнер, помещенный в стерильную перчатку. Также для максимального уменьшения травмы слизистой носа, после всех ринологических операций, прекращено использование тампонов.

Заключение. Применение малоинвазивных технологий во время операции в сочетании со специфической медикаментозной терапией до операции и после, а также нежный послеоперационный уход за слизистой носа, позволили проводить сложные ринологические операций вне стационара.

Выявление и лечение латентных сфеноидитов, ассоциированных с внутричерепными осложнениями

Бондарук В.В.

Клиника SDI, г. Москва

Диагностических проблем, связанных с выявлением острой патологии ОНП, не существует. Это обусловлено наличием выраженной клинической симптоматики и достаточно яркой рентгенологической картины воспаления. Совсем другая ситуация с латентно протекающими синуситами, диагностика которых продолжает оставаться проблемой. Латентные сфеноидиты, это воспаление, в клиновидной пазухе которое протекает без ринологической симптоматики и только осложнения со стороны соседних структур (зрительный нерв, оболочки головного мозга), заставляют врача обратить внимание на эту пазуху.

Анализируя полученный клинический опыт (более 600 наблюдений за 26 лет) были отмечены наиболее часто выявляемые признаки осложненного латентнопротекающего синусита глубоких околоносовых пазух.

Дебютом стойких головных болей, падения остроты зрения, появления хронической усталости, периодического головокружения или стекания слизи по задней стенке глотки являлось перенесение простудного заболевания, протекающего по типу вирусного ринофарингита. Такие анамнестические данные встретились в 74% наших наблюдений.

При активном расспросе 39% больных с латентным сфеноидитом отметили стекание слизи по задней стенке глотки. 45% пациентов с латентным синуситом жаловались на стойкие головные боли.

При осмотре не выявлялось признаков острой патологии носа, но при этом имелись признаки атрофического фарингита и стекания слизи по задней стенке глотки.

При рентгенологическом КТ обследовании отмечалась гиперпневматизация клиновидной пазухи и клеток решетчатого лабиринта в 85% случаев.

При КТ и МР исследовании отмечались незначительные признаки воспаления в 29% наблюдений, заметное утолщение слизистой в 7% и тотальное снижение пневматизации клиновидной пазухи в 3% наблюдений. Таким образом, только у 10% обследованных пациентов отмечались рентгенологически манифестные признаки синусита.

У 40 пациентов, у которых подозревался латентный синусит, но признаки воспаления по результатам КТ и МРТ исследований отсутствовали, было проведено радиоизотопное исследование с мечеными аутолейкоцитами.

У 30 пациентов было выявлено патологическое накопление радиофармпрепарата в зоне клиновидной пазухи и задних клетках решетчатого лабиринта.

27 пациентов согласились на предложенное им оперативное лечение. У всех прооперированных, при гистологическом исследовании биопсийного материала, были выявлены признаки хронического воспаления в слизистой оболочке.

Совпадение предоперационного диагноза с результатами гистологического исследования можно объяснить тем, что скintiграфия распределения меченых РФП аутолейкоцитов является тонкой диагностической методикой, использующей естественную способность белых кровяных клеток крови мигрировать в зону воспаления.

Фактором, который будет способствовать улучшению диагностики латентного синусита является знание, в первую очередь, наиболее типичных его признаков:

* латентный сфеноидит и этмоидит нужно исключать при наличии признаков оптохиазмального арахноидита, неврита зрительных нервов, базального арахноидита, пареза отводящего нерва, а также при жалобах пациентов на стойкие головные боли.

- * осложнения латентного синусита проявляются на фоне перенесенного простудного заболевания (74% наблюдений);
- * стекание слизи по задней стенке глотки (39% наблюдений).
- * латентный синусит глубоких ОНП часто сочетается с атрофическим фарингитом (68% у пациентов старше 30 лет и 22% пациентов в возрасте до 30 лет);
- * гиперпневматизация околоносовых пазух.

Это позволяет заподозрить имеющуюся патологию у конкретного больного, а применение методики радиоизотопного сканирования с использованием меченых изотопом аутолейкоцитов исключает или подтверждает патологию глубоких ОНП. Накопленный опыт лечения пациентов с латентными синуситами глубоких околоносовых пазух побуждает не рекомендовать консервативную тактику при лечении такой патологии, поскольку она не позволяет добиться желаемого положительного эффекта. Наблюдаемая положительная динамика в 10-15% случаев, на фоне неинвазивных лечебных мероприятий носит не стойкий характер, а после прекращения лечения состояние пациентов постепенно возвращается на прежний уровень. Такая ситуация характерна только для латентных процессов. Поэтому наиболее эффективным методом лечения, при рассматриваемой патологии является адекватное по объему хирургическое лечение, которое в 83% случаев позволяет добиться стойкой положительной динамики.

6

Анализ рецидивирующего течения осложненных латентных сфеноидитов

Бондарук В.В.

Клиника SDI, г. Москва

Последнее десятилетие ознаменовалось существенным прогрессом в лечении ринологических пациентов. Этому способствовало широкое внедрение в диагностический процесс компьютерной томографии, в лечебный - видеоэндоскопической аппаратуры, а также совершенствование антибактериальных, иммунокорректирующих и противовоспалительных препаратов.

Между тем, наблюдение за больными с рецидивирующими синуситами показало, что проблема лечения риносинуситов и их осложнений, еще далека от своего разрешения. Проанализировав последние 14 случаев рецидивирующего течения латентного сфеноидита, выявлены причины, которые способствовали повторному обострению заболевания. Прежде чем давать оценку полученных результатов необходимо объяснить, что вносилось в понятие рецидивирования латентного сфеноидита – это клиническая ситуация, когда после проведенного хирургического лечения наступало купирование симптомов осложненного синусита, но в период дальнейшего наблюдения симптоматика осложнений возобновлялась.

Причины рецидивов были связаны с двумя факторами, которые были не учтены во время первичного лечения.

Первый, выявлен у 9 пациентов, рецидив заболевания связан с зарастанием сформированного соустья клиновидной пазухи с носовым ходом, обострение происходило в период от 9 месяцев до 5 лет. В 6 случаях причина, способствующая зарастанию, была связана с недостаточным размером наложенного соустья, а это было обусловлено малым размером носовой части передней стенки клиновидной пазухи. Гиперпневматизация задних клеток решетчатого лабиринта изменила соотношение решетчатой и носовой части передней стенки клиновидной пазухи в сторону значительного уменьшения носовой части.

В 3 случаях причина склерозирования вызвана узостью верхнезадних отделов общего носового хода из-за гипертрофии заднего конца средней носовой раковины или ее близкого прилегания к перегородке носа. Таким образом, постепенное нарушение

аэрации клиновидной пазухи, восстановленной во время первой операции, приводило к повторному развитию уже купированных зрительных нарушений.

Второй фактор развития рецидива воспалительного процесса в клиновидной пазухе был вызван неадекватной антибиотикотерапией, в первую очередь связанной с хламидиозной инфекцией в 4 случаях и в одном случае - с недооценкой грибковой этиологии, в этих случаях рецидив происходил в период 2х -4х месяцев.

Проведенный анализ причин рецидивирующего течения осложненного латентного сфеноидита позволил пересмотреть объемы хирургических воздействий при узком верхнем отделе общего носового хода, что наблюдается при гипертрофии решетчатого лабиринта или анатомических дефектах средней носовой раковины.

Хламидийная инфекция, способствующая рецидиву воспаления в клиновидной пазухе, по всей видимости, не является основной причиной развития воспалительного процесса в слизистой оболочке околоносовых пазух, но ее присутствие существенно снижает защитную функцию эпителия и в дальнейшем способствует реинфицированию слизистой более патогенной флорой.

Время развития рецидива сфеноидита, с высокой степенью вероятности определяет причину повторного воспалительного процесса.

7

Способ фиксации протяженных дефектов слизистой оболочки перегородки носа при септопластике

Алиметов Х.А¹., Гилялов² М.Н.

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ», 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.

²ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420012, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138.

Введение. По данным различных авторов вмешательство на перегородке носа, выполняемое ринохирургами как самостоятельная операция или часть вмешательства во время риносинусохирургии, наиболее распространено. Более чем вековая история вмешательства от подслизистой резекции до органосохраняющих методик развивается в сторону корректного отношения, минимизации травмы и надежной фиксации структур перегородки носа (ПН).

Смещения реимплантированного хряща или лоскута слизистой оболочки, при ее дефекте, может ухудшить результат операции приводя к перфорации, флотации ПН, вторичной её деформации или девиации наружного носа.

Цель. Способ фиксации протяженных дефектов мукоперихондриальных (мукопериостальных) лоскутов при септопластике.

Материал и методы. За период 2018-2022 годы в отделении оториноларингологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ г. Казань находилось на лечении 746 пациентов с диагнозом деформация перегородки носа. В 115 случаях во время вмешательства произошел разрыв или рассечение слизистой оболочки перегородки носа (СО ПН), у 50 пациентов дефектов СО превысил 2 см. Данные пациенты были разделены на две группы: первая группа (n=25) – стандартная методика сшивания краев лоскута стык в стык с применением стандартного иглодержателя, вторая группа (n=25) - собственная методика сшивания лоскутов стык в стык «через аутохрящ» (патент РФ 2729445), с применением иглодержателя для ринохирургии (патент РФ 204507).

Результаты и их обсуждения. Удобство использования иглодержателя для хирурга оценивали по ВАШ, 1 балл не удобно, 2 балла удовлетворительно, 3 балла удобно. Иглодержатель для ринохирургии оценён на 2.8 балла, стандартный 1.3 балла. Оценивали количество прорезываний и время наложения шва. В первой группе прорезывания у 11 пациентов, у второй группы у 1 пациента. Среднее время наложения

швов в первой группе составило 8.34 минут, а во второй 3.15 минут. В послеоперационном периоде оценивали расхождение краев дефекта после удаления носовых стенов. Также оценивали ригидность по ВАШ. Где 1 балл низкая ригидность, 2 балла средняя, 3 высокая ригидность. В первой группе ригидность составила 1.9 балла, а во второй 2.6 балла. Расхождения краев дефекта в первой группе у 9 пациентов, во второй у 2 пациентов. Перфорация перегородки носа, через 3 месяца после вмешательства, выявлена у 4 пациентов в первой группе, и 1 у пациента второй группе.

Выводы. Применение собственной методики сшивания дефектов СО ПН с использованием иглодержателя для ринохирургии сокращает время наложения шва в глубине полости носа в среднем более чем на 3 минуты, снижает частоту прорезывания швов, повышает комфортность работы хирурга. В послеоперационном периоде меньшее количество расхождений краев мукоперихондрия, и более выраженная ригидность ПН, что уменьшает формирование стойкой перфорации ПН за счёт удержания реимплантированного хряща на уровне дефекта.

8

Онконастороженность в педиатрической практике. Редкие синоназальные опухоли у детей

Горожанина А.И., Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Калинина М.П., Чечев Е.И.
ФГБУ «НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ

Введение. Нет универсального общепринятого понятия, определяющего «редкие опухоли». По данным европейской кооперативной группы по исследованию редких опухолей у детей (European Cooperative Study Group for Pediatric Rare Tumors (EXPeRT)) детские злокачественные заболевания можно отнести к «орфанным заболеваниям» с встречаемостью менее 2 случаев на 1 миллион населения. Однако значимость изучения данных заболеваний нельзя переоценить.

Цель. Оценить и представить клинические, диагностические и особенности лечения редких синоназальных опухолей у детей.

Материал и методы. В докладе будут представлены клинические наблюдения пациентов, получавших лечение в «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» с редкими синоназальными образованиями (синоназальная аденокарцинома, эмбриональная рабдомиосаркома, метастаз нейробластомы, хондромезенхимальная гамартома, гетеротопия глиальной ткани и др.). В докладе будут представлены также литературные данные относительно указанных заболеваний.

Результаты и обсуждение. Неэффективное консервативное лечение ребенка с затруднением носового дыхания и/или выделениями из носа требует обследования с проведением эндоскопических и визуализационных методов исследования. КТ/МРТ исследования первичным пациентам предпочтительно выполнять с контрастным усилением. Дополнительные лабораторные и инструментальные методы комплексного обследования пациента будут представлены в докладе. Пациента с подозрением на ЗНО синоназальной области необходимо проконсультировать с врачом онкологом, выполнение хирургического лечения в качестве первого этапа лечения, как правило, не требуется.

Выводы. В педиатрической оториноларингологической практике, несмотря на редкую встречаемость изучаемых заболеваний, необходимо помнить о принципе онконастороженности.

Выбор метода лечения ювенильной ангиофибромы основания черепа

Грачев Н.С.* , Ворожцов И.Н.* , Чечев Е.И.* , Зябкин И.В.**

*ФГБУ НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева МЗ РФ, Москва, Россия

**ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия

Введение: Ювенильная ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) —

доброкачественное новообразование носоглотки. На его долю приходится 0,5% от всех опухолей головы и шеи, и встречается у 1 из 150 тыс. человек. Заболевание чаще встречается в подростковом возрасте, преобладают больные мужского пола. Следует отметить, что оперативные вмешательства при хирургическом методе лечения ЮАОЧ связаны с риском развития массивных кровотечений. Исключение составляют лишь образования малых размеров. Одним из направлений активного поиска являются пути снижения риска развития массивных кровотечений при хирургическом лечении распространенной ювенильной ангиофибромы основания черепа и пути снижения риска рецидивов или прогрессии ЮАОЧ в постоперационном периоде.

Цель: поделиться опытом хирургического лечения ювенильной ангиофибромы основания черепа НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, рассмотреть возможности применения других методов лечения, таких как применение таргетной терапии mTOR ингибиторами.

Материалы и методы: в настоящий момент в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева ведется проспективное открытое нерандомизированное интервенционное исследование с группой исторического контроля в соответствии с международным стандартом этических норм и качества научных исследований – GCP (good clinical practice): Эффективность и безопасность Сиролимуса у детей и подростков с ювенильной ангиофибромой основания черепа.

Результаты и обсуждение: в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева на данный момент 165 пациентов получили хирургическое лечение ювенильной ангиофибромы основания черепа. Хирургическое лечение пациентов с распространённой ювенильной ангиофибромы основания черепа IIIa и выше стадиями согласно классификации Fish-Andrews сопряжено с высокими рисками хирургического лечения в связи с развитием массивного интраоперационного кровотечения не смотря на применение предоперационной селективной эмболизации питающих артерий. В связи с этим особый интерес представляет изучение эффективности Сиролимуса, как препарата, задействующего сигнальные пути и влияющего на ингибирование ангиогенеза. Поскольку данные о применении Сиролимуса при ЮАОЧ крайне ограничены, исследование проводится в 2 фазы: пилотную и расширенную.

Выводы: Хирургическое лечение ювенильной ангиофибромы основания черепа на данный момент является методом выбора терапии особенно для пациентов с первичной ангиофибромой с небольшим объемом опухоли (V менее 35 мл) и с распространением опухоли I-II стадии согласно классификации Fish-Andrews. Особый интерес представляет изучение эффективности таргетной терапии mTOR ингибиторами, однако эффективность и безопасность применения Сиролимуса требует дальнейшего изучения.

Риносинусит как инфекционное осложнение при трансплантации костного мозга

Долгов О.И., Роднева Ю.А., Карпищенко С.А., Моисеев И.С.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Трансплантация костного мозга, или, в более широком понятии – трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) является современным и эффективным методом лечения некоторых гематологических, онкологических и наследственных заболеваний. Инфекционные осложнения являются одной из ведущих причин возникновения неблагоприятного исхода при проведении ТГСК. В литературе оториноларингологические осложнения при трансплантации костного мозга не представлены, а риносинуситу посвящены единичные статьи.

Цель. Изучить частоту и особенности клинических проявлений риносинусита у пациентов в раннем периоде после проведения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Материал и методы. В период с 2017 по 2019 год был проведен анализ 1129 последовательных эпизодов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой. Возраст пациентов составил от 4 месяцев до 73 лет. Оценивалось наличие случаев возникновения острого (обострения хронического) риносинусита в раннем периоде после трансплантации (до 30 дня после ТГСК). Проводился анализ частоты риносинусита, особенностей эндоскопической картины при наличии у пациента анемии и нейтропении, геморрагические осложнения при проведении пункционного лечения в условиях тромбоцитопении, характер микробиоты верхнечелюстных пазух.

Результаты и их обсуждение. Частота риносинусита к 30 дню после трансплантации составила 3,01% (34 случая), (95% ДИ: 2,84–3,18%). В структуре острой ЛОР-патологии риносинусит превалировал и составил 36% от всех инфекционных ЛОР-осложнений этого периода. Учитывая то, что у пациентов после ТГСК наблюдалось выраженное угнетение кроветворных ростков, были изучены особенности эндоскопической картины при наличии анемии и нейтропении. Установлено, что при уровне абсолютного числа нейтрофилов ниже $2,6 \times 10^9/\text{л}$ шансы обнаружения гнойного отделяемого в полости носа при риносинусите значительно уменьшаются (ОШ = 0,071; 95% ДИ: 0,026–0,190). Также было установлено, что при уровне гемоглобина ниже 119 г/л значительно уменьшался шанс наличия гиперемии слизистой носа при риносинусите (ОШ = 0,017; 95% ДИ: 0,004–0,079). При выполнении лечебно-диагностических пункций, переливание тромбоцитарного концентрата осуществлялось при уровне Тг менее $20 \times 10^9/\text{л}$. Частота геморрагических осложнений, потребовавшая привлечения оториноларинголога, в группе исследования составила 13,2%, против 3,8% в контрольной группе (пациенты ЛОР-отделения). При статистическом анализе различий в частоте кровотечений не получено не было. Тем не менее, была установлена тенденция к кровотечениям из места пункции ($p=0,059$) при уровне тромбоцитов менее $99 \times 10^9/\text{л}$. Анализ микробиоты верхнечелюстных пазух показал высокое представительство грамотрицательных бактерий рода *Klebsiella* и *Pseudomonas* (до 50% в сравнении с 19,4% в контрольной группе), 30% из которых были резистентны к антибиотикам резерва.

Выводы. Риносинусит является самым частым инфекционным ЛОР-осложнением при проведении трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. У пациентов с анемией и нейтропенией при риносинусите часто наблюдаются слизистые выделения и отсутствие гиперемии, что снижает диагностическую ценность этих признаков. При этом, в 50% случаев при синусите определяются резистентные Гр (–) бактерии, что следует учитывать при назначении эмпирической терапии. Частота геморрагических осложнений при пункциях верхнечелюстных пазух при тромбоцитопении сопоставима

с частотой кровотечений у пациентов без тромбоцитопении, при условии переливания тромбоцитарного концентрата пациентом с уровнем тромбоцитов менее $20 \times 10^9/\text{л}$.

Применение интраоперационной навигации в эндоскопической пластике дефектов основания черепа

Доронина В.А. *, Шелеско Е.В. *, Черникова Н.А. *, Пронин И.Н. *, Баталов А.И. *, Зинкевич Д.Н. *

* Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко, Москва, 125047, Россия

Введение: Назальная ликворея — это истечение цереброспинальной жидкости из полости носа вследствие возникновения дефекта костей основания черепа и твердой мозговой оболочки. Локализация дефекта в ситовидной пластинке встречается в 35 - 39 % случаев, реже в крыше решетчатого лабиринта (29 - 39%), клиновидной пазухе (15-26%), лобной пазухе (10-15% случаев), тогда как множественные дефекты составляют 13%. По этиологии выделяют посттравматическую назальную ликворею, включая ятрогенную после трансназальных вмешательств, и спонтанную. Ключевым этапом пластики дефекта основания черепа является визуализация фистулы и обнажение её костных краев. Интраоперационная навигация является полезным инструментом, помогающим обнаружить дефект основания черепа. Тем не менее, в настоящее время в литературе отсутствуют публикации об эффективности применения интраоперационной навигации в эндоскопической хирургии назальной ликвореи по данным проспективного исследования.

Цель: оценка эффективности и безопасности применения электромагнитной компьютерной навигации в эндоскопической пластике дефектов основания черепа.

Материал и методы. В НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко проведено проспективное исследование в период с 2021 по 2022 гг, в которое было включено 50 пациентов с назальной ликвореей. Всем пациентам была проведена эндоскопическая пластика дефекта основания черепа. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 25 пациентов, которым хирургическое лечение было проведено с применением интраоперационной навигации, во 2-ю группу - без применения интраоперационной навигации. Были проанализированы этиология, локализация дефекта, метод пластического закрытия дефекта основания черепа, время хирургического этапа операции, объем кровопотери, наличие периоперационных осложнений, наличие рецидива в раннем и позднем послеоперационном периоде, а также субъективная оценка пользы и удобства применения интраоперационной навигации по мнению хирурга.

Результаты и их обсуждение: применение интраоперационной навигации в эндоскопической пластике дефектов основания черепа является полезным при наличии множественных дефектов, а также при локализации фистулы в крыше решетчатого лабиринта в связи с вариантивностью индивидуальной анатомии решетчатой пазухи.

Выводы: Преимущество использования компьютерной навигации в хирургическом лечении посттравматических назальных ликворей обусловлено наличием измененных анатомических ориентиров. Наибольшую пользу интраоперационная навигация приносит молодым хирургам, у которых опыт проведения таких операций составляет менее 5 лет.

Диагностика и эндоскопическая эндоназальная хирургия менинго- и менингоэнцефалоцеле основания черепа у взрослых

Зинкевич Д.Н.* , Шелеско Е.В.* , Черникова Н.А.* , Доронина В.А., Струнина Ю.В.*

*ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Москва, РФ, 2022

Введение: менингоэнцефалоцеле или черепно-мозговые грыжи – это редкая патология, возникающая за счет пролабирования измененных оболочек и тканей мозга через костный дефект основания черепа

Цель: повышение качества диагностики и эндоскопического эндоназального хирургического лечения менинго- и менингоэнцефалоцеле основания черепа у взрослых.

Материал и методы: за период с 2001 по 2021 год в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко прооперирована 288 пациентов с менинго- менингоэнцефалоцеле основания черепа различной этиологии и локализации. Диагноз был установлен до операции по данным эндоскопического исследования, КТ, КТ-цистернографии, МРТ и подтвержден интраоперационно. Во время проведения исследования учитывались: пол, возраст на момент операции, сопутствующие заболевания, этиология дефекта, локализация, использование люмбального дренажа, тип пластического материала, характер осложнений, а также рецидивы заболевания. Эффективность метода эндоскопического эндоназального удаления менингоцеле с пластикой фистулы мы определяли как отсутствие признаков назальной ликвореи и грыжевого мешка по данным контрольной КТ и эндоскопии, выполненной в отдаленном периоде хирургического вмешательства. Период катамнестического наблюдения составил от 1 мес. до более 5 лет.

Результаты и обсуждение: эффективность после первой эндоскопической операции составила 81% (233 пациента). Суммарная эффективность после эндоскопического удаления менингоцеле и пластики дефекта основания черепа составила 94% (271 пациент). У 17 пациентов с рецидивом заболевания в четырех случаях была выполнена транскраниальная пластика дефекта, у двенадцати пациентов установлен люмбоперитонеальный шунт, у одного пациента выполнена транскраниальная пластика с одномоментной установкой люмбоперитонеального шунта. Среди осложнений в послеоперационном периоде были менингит у 15 пациентов (5%), пневмоцефалия у 3 пациентов (1%), тромбоэмболия легочной артерии у 1 пациента (0,3%).

Заключение: эндоскопическая эндоназальная хирургия является эффективным и безопасным, минимально инвазивным методом лечения менинго- и менингоэнцефалоцеле, позволяющим резецировать грыжевой мешок, восстановить дефект твердой мозговой оболочки и костей основания черепа.

Альтернативный подход к сохраняющей ринопластике

Карпущенко М.А. Макаров А.В. Михайлова Е.А.

СМ - Клиника г. Санкт – Петербург, Россия.

Введение. Существует множество подходов и методик в рамках философии – сохранения спинки носа при ринопластике – spare roof, push down, let down. А также методики верхнего септального стрипа, нижнего септального стрипа, методика тетриса. В основном они закрывают почти все потребности при ринопластике для создания гармоничной средней трети носа и костной части спинки носа.

В процессе нашей работы появились вопросы, которые не полностью закрывались данными методиками:

отсутствие достаточного размера хрящевой части перегородки носа при ревизионных операции;

желание в большей мере контролировать форму спинки носа, при выраженных асимметриях, переломах высоких отделов перегородки носа, чем при закрытых методиках.

Органически появилось желание сделать спинку носа такой же, как ее сделала природа только чуть симметричнее, в рамках философии сохраняющей ринопластики.

Цель:

Получить предсказуемый контур спинки носа, надежную долгосрочную стабильность полученного результата.

Материал и методы.

Операция состоит из следующих этапов:

1. В области костной части горбинки удаляются треугольной формы фрагменты костной ткани таким образом, чтобы при надавливании на горбинку она симметрично просела
2. В области спинки носа формируется «трилистник» из верхних латеральных хрящей, верхнего отдела перегородки и интимно связанной с ним костной части спинки носа.
3. Комбинированный костно-хрящевой лоскут поднимается вверх
4. Хрящевой отдел перегородки, который остается внутри трилистника моделируется в зависимости от клинической ситуации-уменьшение проекции-иссечение high septal strip, установка spreader graft, перфорированной этмоидальной пластинки. Также могут уменьшаться верхние латеральные хрящи. По необходимости устанавливаются spreadergrafts.
5. Финальный этап – наложение швов, фиксация костно-хрящевого лоскута по месту.

Выводы:

В наших руках вариант сохранения спинки носа показал себя надежным и прогнозируемым, применение его как опции при соответствующих клинических ситуациях, по нашему мнению, оправдано, но требует большего набора случаев для верной статистической оценки

Тактика оториноларинголога при выборе доступа при опухолях гипофиза и выполнении пластики дна турецкого седла с использованием остеоиндукторов

Константинов А.Е., Горожанин А.В.

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы, РФ

Введение: Мировой опыт показывает, что совместная работа нейрохирургов и ЛОР врачей в комплексной бригаде положительно влияет на течение операции и отдаленные послеоперационные результаты.

Цель: определить наиболее важные аспекты работы ринолога в совместной бригаде, в том числе, варианты пластики послеоперационного дефекта без нарушения функции полости носа.

Материал и методы: за более чем 20 лет совместной работы прооперированы более 300 больных. **Результаты и их обсуждение.** К настоящему времени в основном используются 3 варианта эндоназального доступа к турецкому седлу: 1. Одно- или двусторонний доступ через естественное соустье 2. Трансептальный пресфеноидальный доступ с резекцией роострума, иногда с одновременным формированием слизисто-надкостничного Надад-лоскута 3. Трансептальный доступ с проведением одновременной септопластики для взятия пластического материала и коррекцией функции полости носа. Этот подход позволяет одновременно устранить и сопутствующую ЛОР-патологию при срочных показаниях для удаления опухоли

гипофиза. Любой из 3 доступов дает нейрохирургу примерно одинаковые возможности для манипулирования в полости турецкого седла.

На выбор доступа оказывают влияние анатомические особенности расположения опухоли и ее размеры, анатомия основной пазухи, а также предполагаемый вариант ухода из операционного поля. На выбор способа пластики дна турецкого седла значительное, иногда определяющее влияние оказывает психологическая характеристика больного, его возможность контроля некоторых поведенческих привычек: постоянного втягивания отделяемого в носоглотку, чихания в зажатый пальцами нос. Оптимальным условием для герметизации полости удаленной опухоли является ушивание ТМО узловыми швами (двойной ткацкий узел) или наложение шва на схватывающем узле. К сожалению, это не всегда возможно, в частности, при прорастании ТМО опухолью, ее резком истончении. Полное восстановление костной структуры дна турецкого седла обеспечивает оптимальный отдаленный послеоперационный результат. Последние 7 лет мы полностью перешли на пластику костного дефекта дна турецкого седла с использованием комбинации аутокости с остеоиндукторами, представляющих собой композицию трикальцийфосфата и гидроксиапатита на коллагеновых волокнах, обогащенных факторами роста костной ткани (ЗАО «Полистом»). Во всех случаях на ТМО укладывается истонченная пластинка Индоста, заведенная за края костного дефекта, поверх которой укладываются костные фрагменты в 2 слоя. Зона пластики прикрывается пластинами Индоста. 1. При доступе через расширенное естественное соустье зона пластики укрепляется поддерживающими костными фрагментами, установленными в распор. На стенки основной пазухи укладываются пластины Индоста. Проблемные бухты, либо весь просвет основной пазухи выполняется губкой Индоста или Колапола. В некоторых случаях надежнее облитерировать всю основную пазуху, закрыв зону естественного соустья крупными фрагментами аутокости, взятыми из крыла подвздошной кости для предотвращения потери пластического материала. 2. При выполнении трансептального доступа с резекцией роострума основной пазухи и его последующей реимплантацией нет необходимости сильно расширять естественное соустье в латеральном направлении, т.к. окна между естественными соустьями достаточно для манипулирования. После редрессации SN ранорасширитель устанавливается через полость носа. При таком доступе удобно устанавливать поддерживающий зону пластики костный фрагмент враспор между зоной пластики и нижним отделом передней стенки основной пазухи под роострумом. В 3 варианте доступ к турецкому седлу осуществляется исключительно трансептально, что позволяет сохранить природный размер естественных соустьев, сохраняя возможность полной деэпителизации основных пазух. После выполнения просвета основных пазух остеоиндукторами на 2-3 недели естественное соустье остается заблокированным, что полностью предотвращает миграцию материала из пазухи при любом поведении больного. После спадания отека заднего отдела перегородки носа и разблокирования соустьев происходит миграция избыточного материала из основной пазухи, в то же время часть материала уже успевает интегрироваться в грануляционный слой, что позволяет и надежно закрыть зону операционного доступа, и сохранить естественную конфигурацию основной пазухи без нарушения ее аэродинамики в последующем. В то же время сохраняется и возможность контроля репаративных процессов оптикой 2,7 мм.

Выводы: любой из описанных доступов позволяет нейрохирургу адекватно манипулировать в полости турецкого седла. Оптимальный отдаленный результат обеспечивается при использовании аутокости с остеоиндукторами.

Анализ данных компьютерной томографии околоносовых пазух у детей и подростков с пролонгированными синоназальными симптомами

Красильникова С.В., Горбунова К.В., Елисеева Т.И., Цыганова Ю.А., Шахов А.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава
России, г. Нижний Новгород, Россия

Введение: Хронический риносинусит (ХРС) с полипами носа и без них - синдром, связанный с персистирующим воспалением и ремоделированием синоназальной слизистой оболочки (ССО), приводящий к длительному течению синоназальных симптомов. Его распространенность у детей и подростков еще не установлена. Диагностический алгоритм включает использование компьютерной томографии (КТ) для визуализации состояния околоносовых пазух (ОНП).

Цель исследования: использование метода КТ для оценки состояния ОНП у детей с пролонгированными синоназальными симптомами.

Методы: Результаты КТ ОНП были оценены у 105 пациентов со средним возрастом 14,0 [11,0; 16,0] лет, 59,0% (62/105) мальчиков, имевших длительные (более 3 месяцев) синоназальные симптомы, не купированные в результате стандартной терапии. При описании и анализе КТ использовались единицы Хаунсфилда (Hu), отражающие коэффициент поглощения тканью рентгеновского излучения.

Результаты и обсуждение: Анализ результатов КТ ОНП у пациентов с пролонгированными синоназальными симптомами позволил выявить признаков ремоделирования ССО у 68,6% (72/105) пациентов. У 38,1% (40/105) больных они расценивались как кистозные, у 16,2% (17/105) - как кистозно-полипозные, а у 14,3% (15/105) детей были выявлены полипозные изменения. Коэффициент поглощения в этом случае составил $22,4 \pm 6,4$ Hu у пациентов с кистозными изменениями, $36,4 \pm 8,3$ Hu с кистозно-полипозными изменениями и $59,1 \pm 9,2$ Hu с полипозными изменениями, $p < 0,0001$. У 10,5% (11/105) пациентов не было выявлено патологических изменений ОНП, что могло быть обусловлено неспецифичностью части синоназальных симптомов. Анализ особенностей изменений КТ ОНП с учетом гендерных различий показал, что частота отсутствия изменений в ОНП была несколько выше у девочек, чем у мальчиков, $p=0,05$, медианный возраст девочек - 14,0 [9,0; 16,0] лет, что соответствует периоду пубертатного возраста. Возможно, что появление стойких синоназальных жалоб при отсутствии морфологических изменений у девочек пубертатного возраста ассоциировано со становлением гормонального баланса. Анализ возрастных закономерностей позволил установить, что мальчики с КТ-признаками полипозных изменений ССО были младше девочек, $p=0,033$, а среди пациентов с КТ-признаками кистозно-полипозных изменений ССО - мальчики были старше, чем девочки, $p=0,049$. Возраст пациентов с КТ-признаками кистозного изменения ССО был сопоставим, $p=0,55$. Механизмы, лежащие в основе этих половых различий, наблюдаемых у пациентов с ХРС с полипами, еще не определены. В литературе отмечается, что мужчины имеют более высокую распространенность ХРС с полипами, в то время как у женщин чаще развиваются более тяжелые симптомы.

Выводы: Дети и подростки с пролонгированными синоназальными симптомами в большинстве случаев имеют патологию ОНП, в том числе КТ-признаки патологического ремоделирования ССО. Данные изменения должны быть рассмотрены в аспекте дебюта формирования ХРС с полипами или без у детей и подростков.

Эндоскопическая эндоназальная диагностика и лечение обструктивной дисфункции слуховой трубы

Красножен В.Н., Боечко Н.Д., Славина А.Л., Аминов Т.Г.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Введение. В последние годы отмечается значительное увеличение частоты воспалительных процессов в области слуховой трубы (СТ) влекущих снижение остроты слуха. В качестве причин такого характера изменений заболеваемости рассматриваются различные факторы.

Внедрение современных методов оценки состояния СТ открывает перспективы для изучения воспалительной патологии в области ее глоточного устья и перепончато-хрящевого отдела.

Рост частоты воспалительной патологии СТ и ограниченность выбора патогенетически обоснованных методов терапии делает актуальной проблемой оториноларингологии изыскание новых методов диагностики и лечения.

Целью работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения обструктивной дисфункции СТ.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов клинического, инструментального обследования и хирургического лечения пациентов. Для визуализации просвета СТ применяли эндоскопы 30 или 45° и специально разработанный нами инструмент дилатации (патент), проходимость СТ изучалась специальным световодом с микролинзой на дистальном конце (иллюминатор), методом коблации (патент) испаряли гипертрофию или полипозное изменение слизистой оболочки внутри просвета до истмуса. В послеоперационном периоде применяли абисил, обладающий широким спектром действия, влияющим на все фазы заживления раны. Методы контроля – проба Вальсальвы, аудиометрия, тимпанометрия, эндоскопия барабанной перепонки. Изучение патологии носа и околоносовых пазух – эндоскопия, риноманометрия, функциональные пробы, РКТ.

Результаты и их обсуждение. Жалобы на снижение слуха 88%; боль в ухе 59%. Сопутствующая патология носа, околоносовых пазух и носоглотки 95,6%. Нарушение носового дыхания зафиксировано в 52,6% случаев. По данным тональной пороговой аудиометрии снижение слуха кондуктивного и смешанного типа наблюдалось в 70,8% и 19,9% соответственно. Данные тимпанометрии - непроходимость СТ I степени встречалась чаще всего – в 56,3%, а IV степени лишь в 5,04%. Иллюминация оказалась выполнимой у 83,5% пациентов. Всем пациентам со стойкой, неподдающейся консервативным методам лечения обструктивной дисфункции СТ проведено хирургическое лечение методом коблации внутрипросветно (холодной плазмы, в режиме абляции). После выполнения хирургического лечения на 1, 30, 90, 365 дни выполнена тональная аудиометрия. Полученные данные демонстрируют преимущество симультанного подхода к лечению патологии СТ на всех сроках наблюдения ($p < 0,05$)

Выводы. Количество выявленной сопутствующей патологии носа, околоносовых пазух и носоглотки составило 95,6%; применение разработанного метода коблации внутрипросветно позволило восстановить слух у 98,5% пациентов при симультанном хирургическом подходе; показанием к применению метода коблации являлось стойкое нарушение вентиляционной функции СТ, обусловленное вазомоторным, гипертрофическим или полипозным увеличением слизистой оболочки перепончато-хрящевого отдела.

Проявления стареющего носа и возможности коррекции

Лавренова Г.В.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Изучение возрастных особенностей, происходящих в полости носа и околоносовых пазухах на уровне не только функции, но и структур, обеспечивающих поддержание защитных механизмов слизистой оболочки, сохраняющих архитектонику носа, становится актуальным. Детальное рассмотрение проблемы может стать ключом для понимания того, что является естественным процессом с течением времени, а что нужно рассматривать как патологию.

Цель: Проанализировать возможности коррекции возрастных изменений полости носа.

Материалы исследования. С возрастной атрофией слизистой оболочки полости носа и инволюцией адрениргических волокон связывают ринорею у старшей возрастной группы. У пожилых людей начинает преобладать симпатическая нервная система, снижается чувствительность альфа- и бета-рецепторов. Общим эффектом таких изменений может быть нарушение симпатического тонуса по сравнению с более постоянным парасимпатическим тонусом. Это приводит к увеличению активности секреторирующих элементов эпителия, появляется ринорея. Ринорея, в свою очередь, может поддерживаться так называемым медикаментозным ринитом на фоне приема медикаментов, побочно влияющих на вегетативную нервную систему (альфа- и бета-адреноблокаторы, вазодилататоры, мочегонные и др.).

Выделены основные проявления стареющего носа:

- 1) Сухость в носу с образованием корок, особенно в передних отделах с периодическими или постоянными незначительными подкравливаниями из носа, вплоть до носовых кровотечений и анемии.
- 2) Стеkanie вязкой слизи в носоглотку с образованием кома в глотке.
- 3) “Капающий” нос (капля старика – old man's drip) или ринорея (неконтролируемое появление прозрачной капли на кончике носа).
- 4) Снижение обоняния.
- 5) Опущение кончика носа и формирование “сальных” крыльев носа.

Результаты и их обсуждение. Разработаны схемы медикаментозного лечения выявленного состояния, позволяющие корригировать выявленные нарушения и осуществлять профилактику.

Выводы: устранение проявлений стареющего носа (presbynasalis) проводится после исключения воспалительной и другой патологии, требующей соответствующего лечения.

Реконструкция субтотальных дефектов носа лобным лоскутом на супратрохлеарной артерии наш опыт

А.В. Макаров, А.А. Бойко

СПбГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия;

Когда нос отсутствует, большинство пациентов хотели бы восстановить его нормальный внешний вид и функцию. К сожалению, рана не отражает истинную потерю тканей, а доступные донорские ткани не похожи на ткани носа. Поэтому для достижения удовлетворительного результата применяются принципы субъединиц носа и донорские ткани модифицируются для достижения удовлетворительного результата. Успех требует вдумчивого предоперационного анализа и тщательного плана реконструкции. (1) Дефекты носа, образовавшиеся в результате травматической ампутации, встречаются гораздо реже, чем дефекты, образовавшиеся в результате

хирургического иссечения злокачественных опухолей. Среди доступных методов срединный лоскут лба использовался на протяжении веков и остается "рабочей лошадкой" для реконструкции крупных и сложных дефектов носа. Эта техника возникла почти 3000 лет назад в Индии, где ампутация носа была распространенной формой социального наказания за различные преступления, что привело к значительному росту числа людей, нуждающихся в полной или субтотальной реконструкции носа. В конце 18 века Carue нашел описание этой индийской техники, которая дала начало современной эре восстановления носа с использованием лоскута на лбу. Его базовая техника заложила основу для современной реконструкции носа на следующее столетие. Позже эти техники были модифицированы и популяризированы другими пионерами хирургии.(2) Здесь мы представляем случай недавней травматической ампутации кончика носа в результате укуса лошади, которая была успешно восстановлена с помощью техники лобного лоскута на супратрохлеарной артерии и случай реконструкции носа после иссечения злокачественного образования Пациент Б., 25 лет получил травму в результате укуса лошади. Был доставлен скорой помощью в приемный покой городской больницы, где была выполнена первичная хирургическая обработка раны и реплантация кончика носа. После операции пациент наблюдался в поликлинике у хирурга, который через неделю удалил реплантационный кончик носа из-за развития гнойных осложнений и направил пациента для дальнейшего хирургического лечения в Клиническую больницу Святителя Луки. Учитывая наличие воспалительного процесса, характер дефекта(утрачены ткани в области 4 субъединиц носа) пациенту было назначено консервативное лечение для купирования воспалительного процесса и выполнено оперативное лечение в 3 этапа согласно концепции, разработанной F.Menick(3), а затем апробированной другими хирургами (4) Пациентка С., 57 лет, с диагнозом: базально-клеточный рак крыла носа слева T4N0M0. Из анамнеза известно, что болеет около 10 лет, ранее выполнялась криодеструкция опухоли В поликлинике Ленинградского областного онкодиспансера выполнена биопсия новообразования левого крыла носа, заключение: базально-клеточный рак. Объективно: опухоль инфильтративной формы роста, разрушает левое крыло носа, распространяется на спинку носа, преддверие носа слева с инфильтрацией латеральной стенки полости носа до переднего края нижней носовой раковины, при зондировании кровоточит, болезненная. Пациентке выполнена хирургическая операция: удаление опухоли единым блоком в пределах анатомических субъединиц с одномоментной реконструкцией лобным лоскутом на супратрохлеарной артерии слева. По данным гистологического заключения: 1. Удаленная опухоль: инвазивный базально-клеточный рак; край резекции: опухолевого роста не найдено. Послеоперационный период без осложнений. Через 3 недели после проведения 1 этапа операции выполнен 2 этап - разделение питающей ножки лобного лоскута и носа.

Заключение. Реконструкция дефектов носа с учетом принципа анатомических субъединиц позволяет восстановить носовое дыхание, получить оптимальные эстетические результаты.

Оценка качества жизни пациентов после эндоскопической эндоназальной пластики дефектов основания черепа

Шелеско Е.В. *, Черникова Н.А. *, Лопатин А.С. **, Кравчук А.Д. *, Струнина Ю.В. *, Матвеева М.В. *, Никонова С.Д. *, Абдулгамидов А.Х. *, Зинкевич Д.Н. *, Охлопков В.А. *

*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, 4-я Тверская-Ямская ул., 16, Москва, Россия, 2022

** Научный руководитель, поликлиника № 1 УД Президента РФ (Москва)

Введение: эндоскопический эндоназальный доступ считается эталоном пластического закрытия дефектов основания черепа различной локализации. Остаются существенные пробелы в понимании влияния эндоскопических операций на качество жизни пациентов в целом.

Материал и методы: за период с 2010 по 2020 годы в отделении оториноларингологии ФГАУ НМИЦН им. Н.Н. Бурденко эндоскопическим эндоназальным методом прооперировано 549 пациентов с дефектами основания черепа, сопровождавшихся назальной ликвореей, менингоцеле, пневмоцефалией. По данным историй болезней этих пациентов проведен ретроспективный анализ, где оценивались демографические показатели, клинические данные, локализация дефекта, особенности лечения. Проведен сбор катамнеза и оценка результатов лечения на основании повторных осмотров через 1 и 6 месяцев после операции, включающих эндоскопическое исследование, данные КТ, опрос и анкетирования пациентов по телефону. Далее пациенты были разделены на группы в зависимости от локализации дефекта и был проведен статистический анализ результатов катамнеза в сравнении по группам.

Результаты и их обсуждение: анкетирование прошел 351 (63,9%) пациент. Рецидивы НЛ после первой операции отмечены в 87 (15,8%) наблюдениях, после повторной операции - в 20 (3,6%) случаях. Со стороны головного мозга осложнения отмечались в 82 (14,9%) наблюдениях: менингит - 40 (7,3%), пневмоцефалия - 8 (1,5%), со стороны полости носа в 46 (8,4%) случаях: онемение различных зон лица - 9 (1,6%), нарушения обоняния в виде гипосмии и аносмии - 15 (2,7%). КТ выполнена в 296 (53,9%) наблюдениях, повторные осмотры с эндоскопическим исследованием полости носа через 1 и 6 месяцев - в 198 (36,1%) случаях. Среди опрошенных нарушение носового дыхания после операции отмечали 22 (6,3%) пациентов, выделения, сухость, корки в носу беспокоили 51 (14,5%) опрошенных, обоняние не восстановилось до исходного уровня у 55 (15,7%). При попарном сравнении групп деформация средней носовой раковины чаще встречается у пациентов с дефектами клиновидной пазухи, перфорация перегородки носа - у пациентов с множественными дефектами (34,8% и 21,7% соответственно).

Выводы: Эндоскопический эндоназальный доступ при пластическом закрытии дефектов основания черепа является эффективным и безопасным. После операции пациенты отмечают улучшение носового дыхания и снижение интенсивности головных болей, динамики со стороны обонятельной функции после операции не отмечается. На контрольных томограммах в области бывшего дефекта обычно выявляются рубцовые изменения, изменения размеров и положения носовых раковин и перегородки носа определяются только в случае использования этих структур в качестве пластического материала. Изменения, выявляемые при эндоскопическом исследовании, такие как широкое соустье клиновидной пазухи, ремоделированные структуры решетчатого лабиринта, спайки и деформации носовых раковин, существенно не влияют на КЖ. У пациентов с множественными дефектами основания черепа выше риск развития атрофического ринита после операции, у них чаще возникают жалобы на заложенность носа, нарушения обоняния и онемение лица.

Голосовая функция у пациентов с хроническим риносинуситом

Меркулова Е.П. *, Кобахидзе А.Г. *, Долдова В.С. **, Андрианова Т.Д. **, Васенкова Е.И. ***, Семак Л.И. ****

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,

**РНПЦ оториноларингологии,

***УО БГУ,

****ООО «ЛОДЭ», г. Минск, Беларусь.

Стандартизированный опросник SNOT – 22 (sino-nasal outcome test) широко используют во всем мире для оценки качества жизни пациентов и ее степени, включая оценку психических проблем, ограничения функционирования и эмоциональных расстройств. Доказано, что хронический риносинусит (ХРС) по сравнению со стенокардией, застойной сердечной недостаточностью, болями в спине и хронической обструктивной болезнью легких вызывает более значительное снижение качества жизни. В то же время SNOT – 22 не предусматривает оценку голосовой функции. Малочисленные исследования, посвященные состоянию голосового аппарата у пациентов с ХРС. В современной литературе имеется лишь несколько исследований, посвященных изучению голосового аппарата у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом. **Целью** нашего исследования явился объективный анализ голоса у пациентов с ХРС без полипов.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 55 человек в возрасте от 19 до 76 лет (35 пациентов с ХРС и 20 человек здоровых). Все участники исследования не указывали на проблемы с голосом. Эндоскопический визуальный осмотр гортани не выявил патологических изменений гортани. Средний возраст пациентов и здоровых лиц составил 44 года (доверительный интервал с вероятностью 0,95 (39,7; 48,3)). Проведен акустический анализ голоса с использованием программы lingWAVES с записью фонетогрмм, которая включала запись певческого и речевого профиля. Проведена проверка данных методом Шапиро-Уилка и сравнение анализируемых показателей в группе пациентов и здоровых лиц.

Результаты и обсуждение. Группы по возрасту были однородны ($p=0,15$), различия в среднем возрасте не достоверны ($p=0,71$). Анализ взаимосвязи возраста и акустических параметров голоса не выявил высокой корреляции возраста ни с одним из анализируемых параметров голоса. Частота основного тона изменялась в пределах от 90,5 до 321,04 Гц у пациентов и от 106,2 до 294,6 Гц у здоровых лиц. Оценка изменений высоты колебаний голосовых складок Jitter (%) изменялась в пределах от 0,04 до 4,32 у пациентов и от 0,06 до 5,17 у здоровых. Показатель относительной оценки нестабильности амплитуды звуковых колебаний (Shimmer, %) изменялся в пределах от 1,83 до 24,2 у пациентов и от 3,35 до 38,3 у здоровых. Статистически достоверных различий не установлено. Средние показатели гортанно-шумового коэффициента, показателя Irregularity и шума также достоверно не отличались в двух анализируемых группах ($p<0,05$). Статистическая обработка данных не установила различий данных по полу и возрасту. Из всех анализируемых объективных показателей голосовой функции установлено лишь достоверное снижение времени максимальной фонации у пациентов с ХРС 13,45 {12,18; 14,71} с. по сравнению со здоровыми 15,62 {13,95; 17,28} с, ($p=0,038$).

Выводы. Результаты исследования показали, что у пациентов с хроническим риносинуситом отмечено нарушение голосовой функции в виде снижения времени максимальной фонации. Результаты проведенного нами исследования важны при оценке реабилитационного потенциала пациентов с хроническим воспалением околоносовых пазух, особенно у лиц голосо-речевых профессий.

Изучение генотипов полипозного риносинусита

Моисеева Ю.П., Пискунов Г.З.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, генетические предикторы, SNP, IL-33.

Полипозный риносинусит (ПРС) является достаточно изученным заболеванием, тем не менее проблема рецидивирующего роста назальных полипов по-прежнему стоит достаточно остро. Известно, что неконтролируемое течение заболевания связано с T2-типом воспаления, но у впервые выявленных пациентов этот патофизиологической

механизм может быть не реализован в полной мере. Вопрос своевременного выявления пациентов с отягощенным течением остается нерешенным, что усложняет развитие превентивного направления в отношении данной патологии.

Цель исследования: Усовершенствовать диагностические методы выявления пациентов с неконтролируемым течением полипозного риносинусита и риском развития бронхиальной астмы на ранних этапах заболевания.

Материалы и методы: Было проведено обсервационное проспективное исследование, включающее 103 пациентов с разными клиническими фенотипами полипозного риносинусита и группу контроля из 50 здоровых лиц без атопических заболеваний в анамнезе у себя и близких родственников. Методом ПРЦ в реальном времени осуществлялось выявление мутантных аллелей в однонуклеотидных полиморфизмах гена *IL-33* rs3939286 и rs1342326. Для выявления определенных аллелей, изучаемых SNPs в качестве предикторов развития клинических фенотипов ПРС, использовался расчет отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом. Статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: Полиморфизм rs3939286 оказался связан с развитием ПРС у здоровых лиц OR= 2,484 (95% CI, 1,184-5,212, p-value = 0,0235), а также с хроническим гнойным воспалением слизистой оболочки полости носа и ОНП OR= 2,788 (95% CI, 1,068-7,276, p-value = 0,04848), отражающем суть второго клинического фенотипа полипозного риносинусита по классификации Г.З. Пискунова (2003 г.).

Гетерозиготный вариант AG ассоциирован с течением заболевания, хорошо поддающимся хирургическому и медикаментозному лечению с достижением длительной стойкой ремиссии, а последовательность AA предрасполагает к формированию бронхиальной астмы, усугубляющегося эозинофильного воспаления с возникновением выраженной симптоматики и снижением качества жизни пациента. Носительство G-аллеля rs1342326 является предиктором развития круглогодичного аллергического ринита OR=3,637 (95% CI, 1,404-9,370, p-value=0,01247), БА OR=3,048 (95% CI, 1,136-8,179, p-value=0,04574), а также связано с рецидивирующим ростом назальных полипов OR=2,788 (95% CI, 1,068-7,276, p-value=0,04848).

Выводы: Исследование показало, что однонуклеотидные полиморфизмы гена *IL-33* могут быть использованы не только для выявления группы лиц с предрасположенностью к ПРС, но и для прогнозирования формирования конкретных клинических фенотипов, в частности ПРС в сочетании с БА. Определение группы риска рецидивирующего роста назальных полипов на ранних этапах заболевания открывает новые возможности в своевременной профилактике развития тяжелого течения этой патологии.

Результаты лечения полипозного риносинусита биологической терапией

Моисеева Ю.П., Пискунов Г.З.

Введение: С 2020 года лечение полипозного риносинусита неконтролируемого течения, обусловленного T2-воспалением, вышло на новый уровень благодаря использованию моноклональных антител. Воздействие на основные звенья патологического процесса даёт многообещающие результаты при условии непрерывного лечения. Тем не менее, целый ряд вопросов по-прежнему вызывает дискуссии и споры среди клиницистов.

Цель: Рассмотреть разные клинические ситуации при лечении полипозного риносинусита неконтролируемого течения моноклональными антителами.

Клинические случаи: В настоящее время выбор кандидатов для биологической терапии полипозного риносинусита предусматривает неоднократные эндоскопические полисинусотомии по поводу этого диагноза в анамнезе. Особую категорию

представляют пациенты, которым хирургическое лечение противопоказано в связи с коморбидным состоянием или в ходе предшествующего хирургического лечения были получены осложнения. В докладе рассмотрены особенности ведения таких пациентов. Также освещены проблемы нежелательных явлений в ходе лечения моноклональными антителами и последствия прерывания терапии.

Выводы: Биологическая терапия полипозного риносинусита неконтролируемого течения, обусловленного T2-воспалением, безусловно является прогрессивным направлением в лечении таких пациентов. Есть необходимость уточнить показания для применения функциональной эндоскопической риносинусохирургии при впервые выявленном полипозном риносинусите у больных с коморбидной патологией при планировании биологической терапии.

23

Эндоскопическая баллонная дилатация слуховой трубы при неудачных исходах первичной тимпаноластики

Морозов И.И., Грачев Н.С.

Кафедра оториноларингологии МИНО ФГБОУ «МГУПП» г.Москва.

Методики проверки проходимости слуховой трубы (СТ) являются главным этапом перед выполнением тимпаноластики, однако после успешной тимпаноластики в раннем послеоперационном периоде оценить функцию СТ не представляется возможным. Рецидив перфорации в барабанной перепонке (БП) может свидетельствовать о недостаточной функции СТ в послеоперационном периоде.

Материал и методы: в исследовании участвовало 24 пациента после несостоятельной первичной тимпаноластики 1 типа. У 12 двусторонний хронический отит (мезотимпанит): группа А - 7 тимпаноластика без баллонной дилатации евстахиевой трубы (БДСТ), группа В - 5 с БДСТ, С - 12 первичная операция на другом ухе через 6 месяцев БДСТ. У 10 односторонний хронический средний отит (мезотимпанит): группа D – 5 с БДСТ, группа E - 5 без БДСТ. Нарушений проходимости СТ при пробе Вальсальвы до операции не отмечалось. Всем пациентам первично выполнялась тимпаноластика 1 типа височной аутофасцией. Рецидив перфорации БП отмечался в период до 3 месяцев после первичной операции.

Результаты: рецидив перфорации БП в группах: А - 57%, В – 14,2%, С - 0%, D - 40%, E - 0%.

Выводы: нарушение функции СТ в раннем послеоперационном периоде может приводить к несостоятельности тимпаноластики, в такой ситуации эндоскопическая эндоназальная баллонная дилатация слуховой трубы может повысить эффективность повторной тимпаноластики.

24

Основные современные аспекты профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей при воздействии промышленных аэрозолей

Панкова В.Б* ** ***, Федина И.Н. ** *****

* ФГУП «Всероссийский научно-исследовательский институт гигиены транспорта» «Роспотребнадзор», Москва, Россия

** ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» ФМБА, России, Москва, Россия

*** ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва Россия

**** ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова», Москва, Россия

Введение. Многочисленные технологические процессы и операции в промышленности, на транспорте, в сельском хозяйстве сопровождаются образованием и выделением промышленных аэрозолей, воздействию которого могут подвергаться большие контингенты работающих. Длительное инспираторное поступление промышленных аэрозолей (ПА) в организм нарушает барьерные свойства слизистой оболочки ВДП, вследствие чего развиваются хронические дистрофические или аллергические изменения в «шоковом» органе, частота которых у работников промышленных производств достигает 80-85%.

Цель. Проанализировать современные клиничко-патогенетические особенности и требования к профотбору по состоянию ВДП для работ в условиях ингаляционного воздействия ПА.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов многолетнего эпидемиологического наблюдения за состоянием ВДП у работников химико-фармацевтического и горнодобывающего предприятия; проанализированы современные требования МЗ РФ к профотбору и профпригодности по состоянию ВДП для работ в условиях ингаляционного воздействия ПА.

Результаты и их обсуждение. Частота патологических изменений слизистой оболочки ВДП у работников подземных профессий горнодобывающего предприятия при ингаляционном воздействии ПА угольной пыли составила $87,9 \pm 2\%$, а у работников производства синтетических антибиотиков $64,5 \pm 6,1\%$. У горнорабочих преобладали суб- и атрофические ринофарингиты, у работников химико-фармацевтического комбината – аллергические риниты на фоне субатрофических расстройств слизистой оболочки ВДП. Современный перечень профессиональных заболеваний определён приказом МЗ СР РФ от 27.04.2012г. №417н «Перечень профессиональных заболеваний» и содержит 19 нозологических форм патологии ВДП, в числе которых имеются и диагностированные у обследованных рабочих, заболевания. С целью профилактики поражения ВДП при воздействии ПА, приказом Минздрава РФ от 28.01.2021г. № 29н «Об утверждении порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвёртой статьи 231 трудового кодекса КСА Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работ при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры», определены критерии профессионального отбора и профессиональной пригодности.

Выводы. Лица, впервые поступающие или уже работающие в условиях ингаляционного воздействия ПА, имеющие аллергические заболевания полости носа (J30.0-J 30.4); хронический ринит, назофарингит и фарингит (J31); непригодны, в числе прочих нозологий заболеваний ВДП, для работы в условиях ингаляционного воздействия ПА.

Оценка носоглотки у пациентов с тиннитусом при миоклонусе паратубарных мышц

Сыроежкин Ф.А.^{*,**}, Саморукова Е.М.^{***}, Устинов С.Р.^{**}

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

**ФГБВОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

***ООО «Клиника лечения боли МЕДИКА», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Небный миоклонус – редкое двигательное расстройство, характеризующееся непрерывными произвольными ритмичными подергиваниями мягкого неба, которые

часто воспринимаются как шум в ушах. В патологический процесс, как правило, вовлечены паратубарные мышцы: мышца, поднимающая мягкое небо, и мышца, напрягающая мягкое небо. В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (2022) небный миоклонус представлен в группе «двигательные расстройства» заболеваний нервной системы и отнесен к подгруппе «миоклонические заболевания». Клонус мышц мягкого неба имеет две формы: симптоматический клонус и эссенциальный. В основе симптоматического небного тремора лежат патология центральной нервной системы: ишемические инсульты и другие органические поражения головного мозга. Другими клиническими проявлениями являются неврологические нарушения, связанные с дизартрией, наличием нистагма и атаксией. Эссенциальная форма небного тремора не связана с патологией центральной нервной системы и, как правило, характеризуется исключительно чрезмерным сокращением мышцы, напрягающей небную занавеску. Наиболее важным различием между симптоматическим и эссенциальным клонусом мышц мягкого неба является наличие других неврологических нарушений при первой форме заболевания. Диагностическим признаком, позволяющим предположить небный миоклонус являются незначительные сокращения паратубарных мышц, что доступно при осмотре глоточных устьев слуховых труб с помощью угловой оптики или посредством гибкого эндоскопа.

Цель: оценить состояние паратубарных мышц у пациентов с тиннитусом.

Материалы и методы. Обследованы 12 человек. Критерием отбора явилось наличие симптомов из кластера жалоб, характерных для соматосенсорного тиннитуса. Всем пациентам выполнено микроэндоскопическое обследование носоглотки и анкетирование по опроснику TFI.

Результаты и обсуждение. У 7 человек (59%) обнаружены признаки небного миоклонуса в виде низкоамплитудных сокращений носоглотки в проекции паратубарных мышц, имеющих ритмичный характер. Последующая ботулинотерапия (паратубарные инъекции препаратов ботулинического токсина) у этих пациентов показала положительный лечебный эффект у всех пациентов: прекращение ушного шума у 5 (71%) и снижение уровня восприятия тиннитуса у 2 (29%) пациентов. Эффективность проводимой терапии подтвердила миогенную природу заболевания.

Выводы. Тщательная оценка области устьев слуховых труб у пациентов с признаками соматосенсорного тиннитуса позволяет предположить объективную форму заболевания. Причиной объективного тиннитуса в более чем половине наблюдений является небный миоклонус.

Возможности амбулаторной трансоральной хирургии одонтогенных верхнечелюстных синуситов

Уснунц А.Р., Сысолятин С.П.

ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов", Москва, Россия

Введение.

Одонтогенный синусит встречается в 10-40% случаев верхнечелюстных синуситов и в 75% случаев односторонних верхнечелюстных синуситов. Существует множество методов хирургических вмешательств в случаях одонтогенных верхнечелюстных синуситов, которые в настоящее время в значительно большей степени проводятся в стационаре. Одним из путей увеличения доступности и эффективности лечения является определение методов применимых в амбулаторной помощи.

Цель:

Провести предварительную оценку возможностей амбулаторной трансоральной хирургии одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Материал и методы.

Данное исследование основано на анализе обследования и лечения 60 пациентов с одонтогенными синуситами с 2020 по 2022 годы. Из 60 хирургических вмешательств 23 было проведено интраназальным доступом, 15 – трансоральным, и 22 – комбинированным доступами. Пациенты, в случаях которых применялись интраназальный и комбинированный доступы, были пролечены в стационарных условиях; трансоральный доступ применялся в амбулаторных условиях. Срок наблюдения после лечения составлял от 6 месяцев. В исследовании учитывались эффективность проведенных хирургических вмешательств, локальный статус пациентов в течение первой недели послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение.

Среди 60 прооперированных пациентов, на контрольных конусно-лучевых томограммах полное излечение зафиксировано у 58 обследованного. В группах пациентов прооперированных интраназальным и трансоральным доступами наблюдалось по 1 случаю рецидива.

Выводы:

Предварительный клинический анализ проведенного лечения группы пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами демонстрирует актуальность и эффективность как интраназального доступа, так и трансорального доступа, а также их комбинации. Определение алгоритма выбора доступа в лечении пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом является перспективным направлением оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии

Наша хирургическая тактика при сочетании деформаций наружного носа с патологией пазух

Фролов С.В., Грачев Н.С., Полев Г.А., Магомедова А.М., Бочарова Е.П.

АО «Ильинская больница», г. Москва, Россия

Введение

Симультанные операции в современной хирургии распространены повсеместно. Концепция одномоментного проведения ринопластики и функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух, одной или двумя хирургическими бригадами, становится все более популярной. Однако, существуют определенные риски при объединении этих операций, а также особенности течения отдаленного послеоперационного периода.

Цель: Анализ эффективности и безопасности симультанного проведения ринопластики и функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух.

Материал и методы

Нами проведен анализ отечественной и зарубежной литературы на тему симультанного выполнения ринопластики и FESS, а также сформирована группа из 200 пациентов; из них с сочетанием деформации наружного носа и искривления перегородки носа – 195 (97.5), с гипертрофией нижних носовых раковин – 180 (90%), с патологическими состояниями околоносовых пазух – 34 (17%), с патологическими состояниями околоносовых пазух и доброкачественными образованиями полости носа – 1 (0.5%), с перфорацией перегородки носа – 7 (3.5%), с остеомой околоносовых пазух – 1(0.5%), с диффузным полипозным синуситом – 2 (1%). Для пред- и постоперационной оценки степени затруднения носового дыхания и неудовлетворенностью пациента внешним видом наружного носа применялся стандартизированный опросник для оценки результата эстетики и функции носа (SCHNOS).

Результаты

Оценка эффективности хирургического лечения проводилась через три месяца после операции соответственно данным опросника SCHNOS. Отмечалось достоверное

улучшение носового дыхания, согласно снижению баллов с 55.6 ± 17.15 до лечения, до 7.92 ± 4.23 после лечения. В четырех случаях (2%) мы столкнулись с осложнениями – формирование синехий полости носа у 3 пациентов (1,5%), и расхождение швов носа у одного (0,5%) пациента, перенесшего коррекцию основания крыльев носа. Все осложнения своевременно купированы. Соответственно данным обнаруженных нами литературных источников, процент осложнений при выполнении ринопластики и функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух симультанно не превышает таковой при выполнении вмешательств в несколько этапов.

Выводы

При соблюдении определенных критериев отбора пациентов и этапности вмешательства, а также при щадящем выполнении туалета полости носа в послеоперационном периоде сочетание функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух и ринопластики безопасно, а частота осложнений аналогична той, которая наблюдается при выполнении этих процедур независимо друг от друга.

28

Коррекция каудальных деформаций перегородки носа

Фролов С.В., Грачев Н.С., Полев Г.А., Бочарова Е. П., Магомедова А.М.
АО «Ильинская больница», г. Москва, Россия

Введение

Общеизвестны значимость и влияние хрящевой части перегородки носа в каудальном и дорсальном отделах на форму наружного носа и объем воздушного потока. Но при этом существует необходимость избегать избыточной резекции в этой области. Наиболее распространенные хирургические техники коррекции каудальных девиаций включают в себя скоринг – формирование послабляющих насечек, использование расширяющих трансплантатов (спредер графтов), «укрепляющих» хрящевых трансплантатов (баттен графтов), трансептальную фиксацию модифицированной перпендикулярной пластинки решетчатой кости, и субтотальную экстракорпоральную септопластику.

Цель: анализ и оценка эффективности имеющихся методов коррекции деформаций перегородки носа в каудальном отделе.

Материал и методы: В исследуемую группу включены 76 пациентов с девиацией перегородки носа в каудальном отделе и сочетанным затруднением носового дыхания, 18 - мужского пола (23.7%), 58 - женского пола (76,3%), от 17 до 46 лет, средний возраст – 28.5 лет. Всем пациентам выполнялась открытая структурная риносептопластика. У 62 пациентов (81.6%) для коррекции каудальных искривлений применялись консервативные хирургические техники с использованием локальных хрящевых трансплантатов, скоринга и транспозиции заднего септального угла. У 14 пациентов с выраженными (18,4%) применялась субтотальная экстракорпоральная септопластика. Для оценки степени затруднения носового дыхания и неудовлетворенности пациента внешним видом наружного носа нами использован стандартизированный опросник для оценки результата эстетики и функции носа (SCHNOS) до и через три месяца после операции.

Результаты и их обсуждение

Оценка результатов хирургического лечения проводилась соответственно данным объективного осмотра и данным опросника SCHNOS. Отмечалось уменьшение среднего количества набранных баллов с 75.5 ± 14.3 до лечения, до 8.87 ± 3.20 после лечения. Значительное улучшение носового дыхания отмечалось у всех пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: субмукоперихондральная гематома у одного пациента (1.3%), синехии полости носа у одного пациента (1.3%) Ревизионное вмешательство потребовалось одному пациенту с

выраженной посттравматической деформацией носовых структур и смещением пирамиды наружного носа в связи с недостаточной коррекцией девиации спинки носа при первичном хирургическом вмешательстве, выявленной в раннем послеоперационном периоде. Повторное ревизионное вмешательство было выполнено с применением экстракорпоральной риносептопластики.

Выводы: Все используемые методы хирургической коррекции каудальных девиаций обладают высокой эффективностью. Пациентам с переломами хрящевой части перегородки в анамнезе предпочтительнее проводить варианты субтотальной экстракорпоральной риносептопластики в связи с выраженными деформациями хрящевых структур.

Дифференциальная диагностика и лечение новообразований полости носа, околоносовых пазух и основания черепа у детей

Черникова Н.А. *, к.м.н. Шелеско Е.В. *, к.м.н. Сатанин Л.А. *, Зинкевич Д.Н. *, Доронина В.А. *, Нерсесян М.В. **, Кутин М.А. *

*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Москва

**Доцент научно-образовательного центра с кафедрой нейрохирургии и нейронаук при ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко.

Введение: новообразования полости носа у детей встречаются редко, являются труднодиагностируемыми из-за длительного бессимптомного течения или проявления неспецифическими признаками, что часто маскирует их под воспалительные заболевания (острый и хронический риносинуситы).

Цель: проанализировать серию случаев пациентов детского возраста с новообразованиями полости носа для разработки дифференциальных критериев диагностики новообразований полости носа

Материал и методы: в НМИЦН им. Н.Н. Бурденко с 2011 по 2021 годы было прооперировано 50 пациентов с новообразованиями полости носа. Проведен ретроспективный анализ клинических, рентгенологических, операционных данных и результатов гистологических исследований.

Результаты и их обсуждение: в серии из 50 пациентов средний возраст составил 13 лет (6 мес-17 лет), 15 (30%) пациента женского пола, 35 (70%) мужского пола. У 20 (40%) пациентов выявлено менингоэнцефалоцеле, у 14 (28%) пациента ювенильная ангиофиброма носоглотки, у 3 (6%) полип полости носа, у 2 (4%) синоназальная шваннома, у 1 (2%) инвертированная папиллома, у 1 (2%) диагностирована менингиома, в 5 (10%) случаях фиброзная дисплазия, в 2 (4%) остеома, у 1 (2%) амелобластома и у 1 (2%) пациента гемангиома. На КТ, МРТ у пациентов были выявлены характерные особенности для каждого вида новообразований, что позволяет проводить успешно дифференциальную диагностику. Всем пациентам проведено эндоскопическое удаление новообразований полости носа. 23 (46%) выполнялась пластика дефектов основания черепа.

Выводы: при выявлении новообразования в полости носа необходимо выполнять СКТ, МРТ с контрастом, которые позволяют определить границы образования и определять дальнейшую тактику лечения. Для постановки окончательного диагноза необходимо гистологическое исследование ткани.

Эндоназальное эндоскопическое удаление может быть методом выбора лечения. При этом возможно наличие дефекта основания черепа, что требует выполнение его пластического закрытия.

Варианты интубации в дакрихирургии

Школьник Г.С.¹, Аль Дарраджи И.О.Х.¹, Григорьева И.Н.¹

¹Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Фёдорова» Минздрава России, г. Чебоксары, Российская Федерация

Введение. Интубация в дакриологии может применяться в двух видах: стентирование носослезного протока после реканализации и дренирование соустья после проведенной анастомозирующей операции. В обоих случаях трубки предназначены для поддержания проходимости горизонтального и вертикального отдела СОП в процессе послеоперационного заживления, а виды дренажей и способы их установки принципиально не отличаются. Носослезная интубация с помощью силиконовой трубки без выполнения дакриоцисториностомии была впервые описана в 1968 году. С тех пор методика была модифицирована для упрощения интубации и экстубации слезных путей.

Целью исследования явился обзор различных способов интубации слезоотводящих путей и оценка их эффективности.

Материал и методы: В исследование включено 60 пациентов, части из которых (группа 1, 30 случаев) интубация выполнена после реканализации слезоотводящих путей, а другим (группа 2, 30 случаев) - после дакриоцисториностомии эндоназальным доступом. В качестве стента применялись трубки отечественного производства (компании МедСил, г. Мытищи), а интубацию проводили по собственным методикам (патенты РФ №2387421, №2706381), а также новым способом, при котором на изогнутый зонд Боумана надевали катетер диаметром 18Ga, который в последующем служил проводником для лески.

Результаты и их обсуждение. При проведении интубации слезоотводящих путей после реканализации, применение прямого полого зонда типа зонда Ритленга повышает риск создания ложного хода, приводящего к рецидиву дакриостеноза. Предпочтительной является предложенная методика с применением изогнутого тупоконечного зонда с надетым на него катетером, повторяющего физиологический изгиб слезоотводящего тракта. При дренировании соустья слезных путей возможно использование каждой из предложенных методов интубации. Эффективность интубации слезоотводящих путей составила 86% и коррелировала с выраженностью и протяженностью стеноза. Эффективность дренирования соустья после дакриоцисториностомии составила 89,6%.

Выводы. Применение предложенных методик интубации слезоотводящих путей позволяет использовать стенты и дренажи отечественного производства, что снижает зависимость от иностранных производителей и значительно сокращает себестоимость операции.

Диагностика профессиональной патологии у работников бериллиевых производств

Накатис Я.А., Кузнецов С.В.

ФГБУ «Северо-Западный Окружной научно-клинический Центр им. Л.Г. Соколова ФМБА России», Санкт-Петербург

Введение. Поиск ранних маркеров профессиональной пылевой патологии воздухопроводящих путей у лиц, работающих с бериллием, которые приводят к ранней инвалидизации и возрастанию смертности среди работников этой отрасли, является одной из наиболее актуальных задач профессиональной медицины.

Цель: Мы поставили перед собой задачу найти предикторы развития пылевой патологии, которые позволили бы нам отлеживать момент наступления необратимых изменений в организме, связанных с воздействием вредных факторов производства. В качестве диагностического метода нами была выбрана компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух и полости носа (ОНП и ПН), выполнявшаяся по обычной методике.

Исследование проводилось на многослойном компьютерном томографе Соматом Сенсейшн 40 с толщиной томографического слоя 0,7 мм.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 175 пациентов, в анамнезе у которых был различной длительности (от 3 до 20 лет) контакт с атмосферой, загрязненной пылью. Из них 18 человек работали в цехах абразивного производства, 27 - на мукомольном заводе, остальные 130 больных в течение 3...12 лет имели контакт с бериллиевой пылью; среди последних все пациенты в течение рабочего дня находились в средствах индивидуальной защиты органов дыхания (респираторах).

Средний возраст больных составил $46,2 \pm 12,8$ лет. Все они страдали хроническим воспалением околоносовых пазух (ОНП) и предъявляли обычные для этого заболевания жалобы.

Результаты: У лиц, контактировавших с бериллиевой пылью, коэффициенты абсорбции рентгеновского излучения патологически измененной слизистой были достоверно выше, чем у людей, работавших в мукомольном или абразивном производствах. Вместе с тем выявить связь денситометрических показателей слизистой оболочки нижних носовых раковин (ННР) и концентрацией в ней бериллия нам не удалось. Содержание продукта составляла в среднем $0,0002425 \pm 0,0003417$ мкг \times мл $^{-1}$. Не было найдено также статистически значимой связи между концентрацией бериллия и выраженностью фиброза слизистой. Факторный анализ переменных позволил нам выявить КТ-признаки, объединенные в пять групп ("факторов"), которые характеризовали весь спектр клинкорентгенологических проявлений хронического пылевого бериллиозного поражения полости носа (ПН) и ОНП. Полученная факторная модель объясняла колебания изучавшихся параметров в выборке из 130 пациентов на 90,2%. Вклад первого фактора, который был связан с денситометрической картиной фиброзно-измененной слизистой оболочки, составил 38,2%; второй фактор был связан с изменением визуальной картины слизистой нижних носовых раковин (19,6%); третий фактор (14,3%) характеризовал наличие послеоперационной эпителизации соустьев верхнечелюстных пазух, если таковые вмешательства проводились до КТ (у 42 человек); четвертый фактор (11,2%) был связан с наличием в гайморовых пазухах патологических масс, закрывавших их соустья ("фактор нарушения аэрации пазух"); нарушения функции носового дыхания составили пятый фактор (6,9%).

Первые два фактора обладали определенной общностью, что выразилось во вхождении в них такого параметра, как гипертрофия и рентгеновская плотность слизистой оболочки ННР. Именно патологические изменения в задних концах ННР оказались наиболее характерными для пылевого поражения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. В группе больных с профпатологией рентгеновская плотность слизистой задних концов ННР была существенно (и статистически значимо) выше, чем у пациентов, не подвергавшихся воздействию токсичного вещества, причем в случаях контакта с бериллиевой пылью плотность раковин была максимальной ($81,3 \pm 1,4$ Н). Факт связи работы в атмосфере, содержащей бериллий, и плотности задних концов ННР был подтвержден результатами кластерного анализа переменных, при котором денситометрические характеристики и признак "работа на бериллиевом производстве" попали в один кластер с наиболее тесными связями между данными параметрами, причем коэффициент корреляции между фактором труда в условиях профессиональной вредности и рентгеновской плотностью нижних носовых раковин был наиболее высоким (0,79). На основании данных дискриминантного анализа нам удалось найти формулу, по которой, ориентируясь на коэффициент абсорбции рентгеновского излучения мягкими тканями нижней носовой раковины, можно уверенно (с точностью 92,5%) высказаться о наличии у пациента профпатологии. Эта формула выглядит следующим образом:

$$F(0) = 0,2700 \times x - 6,162760$$

$$F(1) = 0,50382 \times x - 18,78728$$

где $F(0)$ - функция для группы больных, у которых заболевание ОНП и ПН не связано с воздействием фактора профессиональной вредности, а $F(1)$ - функция для группы больных, у которых болезнь явилась следствием работы в условиях атмосферы, загрязненной бериллиевой пылью. Подставляя текущее значение плотности нижней носовой раковины в формулы, можно найти $F(0)$ и $F(1)$. Так, если $|F(0)| > |F(1)|$, то у больного нет профзаболевания, а если $|F(0)| < |F(1)|$, то болезнь наиболее вероятно вызвана воздействием вредных профессиональных факторов. Например, если $x = 34,2$, то: $F(0) = 0,27700 \times 34,2 - 6,162760 = 3,310640$, а $F(1) = 0,50382 \times 34,2 - 18,78728 = -1,556636$, и так как $F(0) > F(1)$, то больной не имеет профпатологии. Другой пример: $x = 71,2$; тогда $F(0) = 13,55964$, $F(1) = -17,084704$, то есть $F(0) < F(1)$, а это значит, заболевание у пациента развилось вследствие воздействия профессиональных вредоносных факторов.

Выводы: Таким образом, КТ позволяет достаточно уверенно распознать заболевания, обусловленные воздействием профессиональных пылевых факторов и установить сам факт наличия бериллиевого пылевого фиброза в ПН и ОНП. Это делает КТ одним из наиболее перспективных методов для профотбора и экспертизы профессиональных заболеваний.

Антибактериальная терапия воспалительной риноорбитальной патологии

Баранов К.К.

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины ФМБА России, Москва, РФ.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, РФ.

Введение. В наши дни широко распространена различная риноорбитальная патология, сочетающая воспалительные процессы как внутриносовых структур, так и элементов глазницы, слезоотводящей системы у детей и взрослых.

Цель: повышение эффективности лечения воспалительной риноорбитальной патологии у детей и взрослых.

Материал и методы. В настоящем исследовании приняли участие 163 пациента (100%), из них 79 детей (48.5%) и 84 взрослых (51.5%). Все больные прошли амбулаторное и стационарное лечение по поводу сочетанной риноорбитальной патологии (острые и хронические заболевания, требующие консервативное и хирургическое лечение). Всем пациентам был выполнен оториноларингологический осмотр, рентгенографическое исследование околоносовых пазух. Пациентам проведено консервативное и хирургическое лечение согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ. Полученные данные были статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования у 79 детей (100%) была определена следующая сочетанная патология: у 23 детей (29.1%) острый ринит и острый дакриоцистит, у 44 пациентов (55.7%) острый полисинусит и острый дакриоцистит, у 12 (15.2%) - острый гайморэптоидит и реактивный отек век. Из 84 (100%) взрослых у 50 (59.5%) больных наблюдался острый риносинусит и стеноз слезоотводящих путей, у 23 пациентов (27.4%) - хронический полисинусит и стеноз слезоотводящих путей, у 11 (13.1%) - больных хронический гайморэптоидит и хронический дакриоцистит. Были проведены хирургические вмешательства: 9 детям (11.4%) из 79 (100%) и 34 (40.5%) взрослым из 84 (100%) - поднаркозная эндоскопическая синус хирургия, дакриологические вмешательства (зондирование, реканализация слезоотводящих

путей, дакриоцисториностомия). Всем пациентам в качестве лечения острой патологии и предупреждения воспалительных процессов после хирургических вмешательств совместно с прочей консервативной терапией были эмпирически назначены антибактериальные препараты в соответствующих возрастных дозировках: 59 детям (74.7%) из 79 (100%) и 44 (52.4%) взрослым из 84 (100%) амоксициллин с клавулановой кислотой, 20 детям (25.3%) из 79 (100%) и 40 (47.6%) взрослым из 84 (100%) цефалоспорины III поколения (в связи с аллергией на пенициллины или их приемом в течение предыдущих трех месяцев). Положительный результат лечения без затяжных гнойно-воспалительных процессов отмечался у 74 детей (93.7%) из 79 (100%) и 78 взрослых из 84 (92.8%).

Выводы: в ходе данной работы была доказана необходимость антибактериальной терапии воспалительной риноорбитальной патологии, как для купирования острых, так и предупреждения послеоперационных воспалительных процессов, что подтвердил положительный результат лечения более чем у 90% пациентов.

Дифференцированный подход к сочетанной воспалительной патологии носа и глотки

Баранов К.К.

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины ФМБА России, Москва, РФ.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра оториноларингологии педиатрического факультета, Москва, РФ.

Введение. В практике оториноларинголога широко распространена сочетанная воспалительная патология носа и глотки. Дифференцированный подход к выявлению данных заболеваний позволяет своевременно назначить рациональное лечение.

Цель: повышение эффективности диагностики сочетанной воспалительной патологии носа и глотки у детей и взрослых.

Материал и методы. В настоящем исследовании приняли участие 98 пациентов (100%), из них 39 детей (39.8%) и 59 взрослых (60.2%). Все больные наблюдались амбулаторно или стационарно по поводу различной патологии носа и глотки. Всем пациентам был выполнен оториноларингологический осмотр, проведены необходимые лабораторные и рентгенологические исследования. Пациентам рекомендовано консервативное и хирургическое лечение, основываясь на клинических рекомендациях Минздрава РФ. Полученные данные статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. По итогам обследования из 39 детей (100%) у 38 пациентов (97.4%) острый риносинусит протекал сочетано с острым тонзиллитом следующей этиологии: у 14 пациентов (35.9%) стрептококковый тонзиллит, у 10 (25.6%) - инфекционный мононуклеоз, у 6 (15.4%) – корь, у 3 (7.7%) - скарлатина, у 5 (12.8%) - коронавирусная инфекция COVID-19; у 1 (2.6%) ребенка обнаружено сочетание хронического тонзиллита, хронического полипозного синусита, хронического дакриоцистита. В ходе обследования 59 (100%) взрослых у 23 пациентов (38.9%) выявлен острый риносинусит, протекающий сочетано с острым тонзиллитом различной этиологии: у 9 пациентов (15.2%) стрептококковый тонзиллит, у 8 (13.5%) - инфекционный мононуклеоз, у 2 (3.4%) – корь, у 1 (1.7%) - скарлатина, у 3 (5.1%)

коронавирусная инфекция COVID-19; также у 29 пациентов (49.2%) обнаружен хронический тонзиллит с хроническим синуситом, у 6 (10.2%) - хронический тонзиллит с хроническим полипозным синуситом и хроническим дакриоциститом; у 1 (1.7%) взрослого пациента было выявлено необычное сочетание острого риносинусита с воспалительным процессом левой небной миндалины (твердый шанкр), обусловленным течением начальной стадии сифилиса.

Выводы: настоящее исследование продемонстрировало необходимость дифференцированного подхода к диагностике сочетанной воспалительной патологии носа и глотки, всесторонней настороженности оториноларинголога при проведении рутинного осмотра пациентов. Подобная тактика позволяет определить этиологию заболеваний, исключить наличие инфекционного процесса, что дает возможность сформировать алгоритм последующего специфического лечения.

34

Функциональная риносептопластика у подростков: наш опыт

Зябкин И.В., Грачев Н.С., Фролов С.В., Калинина М.П., Магомедова А.М., Атаева Д.М.

ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА, г. Москва, Россия

Введение

Длительное затруднение носового дыхания у детей и подростков приводит к патологическому формированию челюстно-лицевой области и развитию вторичных хронических заболеваний верхних дыхательных путей. Восстановление носового дыхания зачастую бывает невозможным без восстановления не только внутриносовых структур, но и наружного носа. На сегодняшний день показания к проведению риносептопластики у подростков остаются дискуссионными. По данным зарубежных и отечественных авторов показаниями к проведению риносептопластики для коррекции носового дыхания являются выраженные девиации каудального отдела перегородки носа, искривления перегородки носа в верхних отделах, выраженные посттравматические деформации со смещением пирамиды носа, дисфункция и коллапс носовых клапанов.

Цель: Оценить эффективность функциональной риносептопластики в качестве метода хирургического лечения затруднений носового дыхания у пациентов младше 18 лет.
Материал и методы: В выборку включены 29 пациентов с деформациями наружного носа различной этиологии (посттравматические, врожденные, ятрогенные, постлучевые, врожденные) и стойким затруднением носового дыхания от 15 до 17 лет, из них женского пола – 18, мужского пола – 11. Средний возраст пациентов – 16.7 лет. Длительность наблюдения составляет 1.5 года. В течение 2020-2021 г. в ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА пациентам выполнена функциональная риносептопластика открытым доступом с одномоментной подслизистой вазотомией нижних носовых раковин. 5 (17,2%) пациентам с выраженными повреждениями септального хряща и невозможностью использовать хрящевую ткань перегородки носа для формирования графтов проводилась реконструкция носовых структур с использованием реберного хрящевого трансплантата; 3 из них одномоментно выполнялось пластическое закрытие перфорации перегородки носа. 24 (82.8%) пациентам для реконструкции носовых структур применяли хрящевые септальные ауто трансплантаты. В качестве метода оценки эффективности хирургического лечения традиционно применяются различные шкалы-опросники. В нашей выборке применялось анкетирование пациентов до и через 6 месяцев после операции с помощью стандартизированного опросника для оценки

эстетического результата и функции(SCHNOS). Данная шкала послужила методом оценки в связи с одномоментной возможностью оценить не только затруднение носового дыхания, но и удовлетворенность пациента внешним видом наружного носа.

Сумма набранных баллов коррелирует со степенью выраженности симптомов. Уменьшение общего количества баллов от инициального свидетельствует об улучшении носового дыхания и удовлетворенности внешним видом.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты отмечают улучшение носового дыхания и регресс сопутствующих симптомов хронической назальной обструкции, что подтверждается результатами анкетирования, проведенного через 6 месяцев после операции. Среднее количество баллов по данным шкалы SCHNOS – 56.6 ± 16.15 до лечения, что соответствует значительным затруднениям носового дыхания, и 7.96 ± 4.14 после лечения, что свидетельствует о достоверном улучшении носового дыхания.

Выводы: Функциональная риносептопластика обеспечивает улучшение носового дыхания при наличии деформаций носовых структур, недоступных для коррекции при проведении классической септопластики, и может применяться в качестве метода хирургического лечения у пациентов мужского и женского пола младше 18 лет.