2019

МАТЕРИАЛЫ

Областной научно-практической конференции

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

5-6 апреля 2019 года

г. Тюмень

Сборник
тезисов конференции

УДК 616.21
ББК 56.8
О 166

О 166 Областная научно-практическая конференция «Перспективы развития оториноларингологии в Тюменской области» (Тюмень, 5-6 Апреля 2019 г.) Тезисы конференции – М.: Мир науки, 2019 – Режим доступа: http://izd-mn.com/PDF/05MNNPK19.pdf — Загл. с экрана.

ISBN 978-5-6041068-6-0

На областной научно-практической конференции «Перспективы развития оториноларингологии в Тюменской области» 5-6 апреля 2019 г. были представлены научные труды специалистов оториноларингологов по актуальным вопросам и проблемам современной кинической практики.

Председатель – доктор медицинских наук, доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник», главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской Области Щербаков Д.А.

Материалы конференции не содержат информации с ограниченным доступом и могут быть опубликованы в открытой печати.

Публикуемые доклады могут представлять интерес для врачей, научных сотрудников, студентов, ординаторов и аспирантов медицинских вузов.

ISBN 978-5-6041068-6-0

© Акционерное Общество
Медико-Санитарная Часть «Нефтяник»
© ООО Издательство «Мир науки», 2019

Оглавление

1. ***Щербаков Д.А., Полев Г.А., Бухарова К.П.***
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМПАНОПЛАСТИКА..... 7

2. ***Геркул Ю.А. Щербаков Д.А., Кротова А.С.***
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ГЛАЗНИЦЫ..... 9

3. ***Щербаков Д.А., Кротова А.С.***
РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ И МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ..... 11

4. ***Щербаков Д.А., Карпищенко С.А., Баранская С.В., Кротова А.С.***
ИЗМЕНЕНИЕ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ АНТРОСТОМИИ В СРЕДНЕМ И НИЖНЕМ НОСОВЫХ ХОДАХ..... 13

5. ***Щербаков Д.А., Покровская Е.М., Красножен В.Н., Попов И.Б.***
ИЗМЕНЕНИЯ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА..... 15

6. ***Черемных Н.И., Щербаков Д.А., Мадаев Т.С.***
ИЗМЕНЕНИЯ АЭРОДИНАМИКИ ПРИ III ТИПЕ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО R. MLADINA..... 17

7. ***Щербаков Д.А., Кротова А.С.***
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В СОЧЕТАНИИ С ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ..... 19

8. ***Щербаков Д.А., Соловьева А.А.***
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИТОМИЦИНА-С ПОСЛЕ БАЛЛОННОЙ ДАКРИОПЛАСТИКИ..... 21

9. ***Щербаков Д.А., Кротова А.С., Соловьева А.А.***
ОПЫТ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОГО ПРИМЕНЕНЯИ МИТОМИЦИНА-С ПОСЛЕ РЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ..... 23

10. ***Малышева Т.Ю., Щербаков Д.А., Кротова А.С., Адамчук А.М.***
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ГРИБКОВЫХ ТЕЛ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ..... 25

11. ***Щербаков Д.А.***
ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ..... 27

12. ***Щербаков Д.А., Кротова А.С.***
КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ..... 29

13. ***Богун В.П., Теплоухов А.П.***
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКА, ЭТАПЫ ОДНОГО ЦЕЛОГО..... 31

14. ***Попов И.Б., Щербаков Д.А., Дюкова И.А.***
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА SNOT-55 В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПУСТОГО НОСА..... 33

15. ***Кочеткова А. П., Ершова И. Д.***
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, УЛУЧШАЮЩИХ ГЕМОДИНАМИКУ СРЕДНЕГО УХА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ..... 35

16. ***Лонгортов Г.М., Кузнецова Н.Е., Вешкурцева И.М.***
РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД 2015-2018ГГ..... 37

17. ***Мирошниченко Н.А., Горбан Д.Г., Екатеринчев В.А.***
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИВНОГО ТРАХЕИТА..... 39

18. ***Егиян С.С., Наумова А.А.***
МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НАРУЖНОГО УХА..... 40

19. ***Мирошниченко Н.А., Симсова В.А.***
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ..... 41

20. ***Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.***
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА..... 43

21. ***Алибеков И.М., Гуз Д.Г, Худин А.Г., Чумак К.С., Куншаракова С.С., Османова Э.Э., Харисова А.А.***
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НОСА (ПУЛЯ) – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ..... 45

22. ***Алибеков И.М., Фатахова М.Т., Рамазанова А.Р., Акопджанян Л. А., Османова Э.Э., Харисова А.А., Муртузалиева З.А.***
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РИНОФИМА. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ..... 47

23. ***Алибеков И.М., Гацко Ю.С., Пилипенко А.А., Чумак К.С.***
ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ- НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОПЫТ РАБОТЫ)..... 49

24. ***Алибеков И.М., Османова Э.Э., Харисова А.А., Куншаракова С.С., Магомедова М.З., Акопджанян Л.А.***
СЕПТОПЛАСТИКА – ОПЫТ РАБОТЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЗА 2010-2018 ГГ..... 51

25. ***Алибеков И.М., Москалев В.А., Гаджиева Г.Э., Межидов А.А., Межитов Р.Е., Багиров М.Н.***
ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ (ОПЫТ РАБОТЫ)..... 53

26. ***Алибеков И.М., Москалев В.А., Межидов А.А., Хайретдинова Е.А., Аджигайтканов С.М., Сайтханова М. А.***
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КИСТ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОКБ (ОПЫТ РАБОТЫ)..... 55

27. ***Вешкурцева И.М., Кузнецова Н.Е., Извин А.И., Лонгортов Г.М., Ашихмина Н.В., Кузнецова Т.Б.***
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ..... 57

28. ***Рудзевич А.В., Смагина И.С., Пшеничников С.А.***
К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР ОРГАНОВ..... 59

29. ***Кузнецова Н.Е., Кузнецова Т.Б.***
ДЕТСКОЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЛОР-ПОМОЩИ ДЕТЯМ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ..... 61

30. ***Кузнецова Н.Е., Синяков А.Ю., Вешкурцева И.М., Кузнецова Т.Б.***
ОТОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ..... 63

31. ***Кузнецова Н.Е., Кудымов С.А.***
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ СЛУХОУЛУЧШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ..... 65

32. ***Кузнецова Н.Е., Овечкин Е.В., Овечкина К.С.***
ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ. ТРУДНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННЫХ УСЛОВИЯХ..... 67

33. ***Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О.***
ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ..... 69

34. ***Мирошниченко Н.А., Васильев М.М.***
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЭКТОМИИ..... 70

35. ***Ястремский А.П., Долгова С.Е., Амосов О.И.***
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ В Г.ТЮМЕНИ ПО ДАННЫМ ОКБ№2..... 71

36. ***Савельева Е.Е.***
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ..... 73

37. ***Савельева Е.Е., Пестова Р.М., Перникова Ю.Б.***
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕИНВАЗИВНЫХ ФОРМ ГРИБКОВЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ С ПОЛИПОЗОМ..... 75

38. ***Попов И.Б., Щербаков Д.А., Тырык О.Б.***
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА..... 77

39. ***Бухарова К.П., Раемгулов Р.А., Дюкова И.А.***
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА С ГЕНТАМИЦИНОМ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА..... 79

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМПАНОПЛАСТИКА

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Полев Г.А.[2], к.м.н., старший научный сотрудник, Москва
Бухарова К.П.[1], клинический ординатор кафедры хирургической и ортопедической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва

Ведение. Последние десятилетия применение эндоскопической техники в отохирургии становится распространенной практикой. Хотя многие структуры среднего уха могут быть визуализированы с высокой точностью с помощью хирургического микроскопа, но доступ к некоторым анатомическим областям представляет трудности. Сегодня во многих случаях тимпанопластики и некоторые случаи хирургии холестеатомы выполняются под контролем эндоскопической оптики без применения микроскопа [1]. Преимуществом применения эндоскопии в хирургии среднего уха является более широкое поле обзора, а также разрешение высокого качества [2].

Цель: сравнить результаты эндоскопической и микроскопической тимпанопластики.

Материалы и методы. В исследование включен 31 пациент, перенесших тимпанопластику I типа на базе АО «МСЧ «Нефтяник» г. Тюмень и НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева г. Москва. Пациенты были разделены на две группы; эндоскопическая тимпанопластика (ЭТ, n = 12), микроскопическая тимпанопластика (МТ, n = 19). Были оценены размер перфорации барабанной перепонки в предоперационном состоянии, результаты аудиометрии до операции и через 3 месяца после операции, продолжительность операции. Успешность трансплантации, а также состояние заживления наружного слухового прохода оценивали через 3 месяца после операции с помощью эндоскопического исследования. Отсутствие перфорации барабанной перепонки (БП) оценивался как успешный исход оперативного лечения.

Результаты и обсуждения. Размер перфорации БП был больше в группе ЭТ (25,3% ± 11,7%), чем в группе МТ (20,1% ± 11,9%). Среднее время операции в группе МТ (83,9 ± 28,5 минут) было незначительно больше, чем в группе ЭТ (76,2 ± 22,1 минуты). Процент успешного исхода оперативного лечения в группах ЭТ и МТ составил 91,6% и 89,5% соответственно, что существенно не отличалось. Аудиометрические параметры до операции, включая костную проводимость, воздушную проводимость и воздушно-костный разрыв, достоверно не различались между группами ЭТ и МТ. До- и послеоперационный воздушно-костный разрыв анализировали с парным тестом отдельно в каждой группе. В группе ЭТ до- и послеоперационный воздушно-костный разрыв составлял 18,9 ± 1,6 дБ и 9,2 ± 1,4 дБ соответственно, что было значительным улучшением. Соответствующие значения в группе МТ (18,6 ± 1,0 дБ и 12,5 ± 1,3 дБ) также представляли значимое улучшение.

Выводы. Оба способа тимпанопластики результативны и существенно не отличаются по продолжительности [3]. Таким образом, эндоскопическая техника является в большинстве случаев дополнительным и в некоторых случаях самостоятельным методом, который необходимо иметь в арсенале хирургических приемов для оптимизации хирургического доступа с целью уменьшения его травматичности, а также для использования преимуществ качественной и высоко-детализированной визуализации.

Список литературы

1. Nayeon Choi, Yangseop Noh, Woori Park, Jung Joo Lee, Sunhyun Yook, Ji Eun Choi, Won-Ho Chung, Yang-Sun Cho, Sung Hwa Hong, and Joon Moon / Comparison of Endoscopic Tympanoplasty to Microscopic Tympanoplasty // Clin Exp Otorhinolaryngol. 2017: 10(1): 44–49.
2. Kozin ED, Gulati S, Kaplan AB, Lehmann AE, Remenschneider AK, Landegger LD, et al. Systematic review of outcomes following observational and operative endoscopic middle ear surgery // Laryngoscope. 2015;125:1205-14.
3. Ммейтель И.Ю., Сотникова Л.С., Русецкий Ю.Ю., Спиранская О.А. Применение эндоскопа на этапах хирургического лечения хронического гнойного среднего отита // 2018; №;6 (97). С 104-110.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ГЛАЗНИЦЫ

Геркул Ю.А.[2], заведующий отделением нейрохирургии дневного стационара
Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Кротова А.С.[2], врач-оториноларинголог, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень

Введение. Эндокринная офтальмопатия – это прогрессирующее поражение мягких тканей орбиты и глаза, возникающее на фоне аутоимунных процессов в щитовидной железе. За счет усиленного синтеза глюкозоаминогликана возникает стойкая гиперплазия орбитальной клетчатки и веретеновидное увеличение экстраокулярных мышц [1]. Офтальмопатия Грейвса – это не только эстетическая проблема, при выраженном экзфотальме в условиях ригидных костных стенок возможна компрессия глазодвигательных мышц, проявляющаяся диплопией, и ишемия зрительного нерва, которая может привести к потере зрения [2,3]. Это обусловливает необходимость хирургического вмешательства с целью декомпрессии стенок орбиты. Традиционно такие пациенты оперируются с использованием различных вариантов наружных доступов. При этом частым осложнением после операции является стойкая диплопия [3]. Использование эндоназального эндоскопического подхода открыло новые возможности в хирургии эндокринной офтальмопатии, преимуществами которого является малая инвазивность и отсутствие рубцов [5].

Цель: оценить эффективность эндоназальной эндоскопической декомпрессии орбиты, выполняемой путем удаления медиальной и нижней стенки без вскрытия периорбиты, у пациентов с умеренно выраженной эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 7 пациентов с фармакологически компенсированной офтальмопатией Грейвса с умеренно выраженным односторонним экзофтальмом (5 женщин и 2 мужчин), находившихся с целью оперативного лечения в отделении оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник г.Тюмень в период с сентября 2016 года по октябрь 2017 года. Функция глазодвигательных мышц сохранена. С целью определения выраженности экзофтальма всем пациентам проводилась диагностика экзофтальмометром Hertel – средний предоперационным экзофтальм составил 17,6 ± 2,4 мм. Также в план предоперационной подготовки входило эндоскопическое обследование и мультиспиральная компьютерная томография придаточных пазух носа. После выполнялась эндоскопическая эндоназальная декомпрессия орбиты с максимальным удалением медиальной и нижней стенки без вскрытия периорбиты. Послеоперационный результат оценивался через 6 месяцев. Также проводился сравнительный анализ с ретроспективными данными пациентов, прооперированных эндоскопически эндоназально с вскрытием периорбиты. В качестве критерия подвижности глазного яблока проводили тест на отведение. Ретроспективную группу составили 10 пациентов (9 женщин и 1 мужчина), предоперационный экзофтальм составил 18,5 ± 1,9 мм.

Результаты. В экспериментальной группе в позднем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Средний послеоперационный экзофтальм составил 15,2 ± 1,7 мм. В контрольной группе у 4 пациентов (40%) при офтальмологическом осмотре было обнаружено ограничение подвижности глазного яблока на отведение за счет патологической фиксации глазного яблока рубцово-спаечным процессом в связи с нарушением целостности мягких тканей глазницы. Средний послеоперационный экзофтальм составил 16,6 ± 1,2 мм.

Заключение. Эндоназальная эндоскопическая декомпрессия орбиты с максимальным удалением медиальной и нижней стенки без вскрытия периорбиты является эффективным и безопасным методом эстетической коррекции умеренного выраженного экзофтальма у пациентов с фармакологически компенсированной офтальмопатией Грейвса.

Список литературы

1. Bahn, R. S., Heufelder, A. E. (1993) Pathogenesis of Graves' ophthalmopathy. New England Journal of Medicine 329: 1468–1475.
2. Красножен В. Н., Щербаков Д. А. Околоносовые пазухи как депо оксида азота //Практическая медицина. – 2015. – №. 2-2 (87).
3. Щербаков Д. А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D //Морфология. – 2014. – Т. 145. – №. 1. – С. 43-46.
4. Кочетков П.А., Савватеева Д.М., Лопатин А.С. Декомпрессия орбиты: обзор хирургических доступов и анализ их эффективности. // Российская ринология. – 2013. – Т. 21. – №1. – С. 28–34.
5. Щербаков Д. А. и др. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе //Вестник оториноларингологии. – 2017. – Т. 82. – №. 4. – С. 32-34.
6. Григорькина Е. С., Кузьмин А. В., Сергеев С. В. Компьютерное 3D-моделирование травмирующего воздействия на верхнюю челюсть //Практическая медицина. – 2015. – №. 2-2 (87).
7. Карпищенко С.А. и др. Изменение аэродинамики полости носа и верхнечелюстной пазухи после антростомии в среднем и нижнем носовых ходах //Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae – 2018. – Т. 24. – №. 3. – С. 58-63.
8. Щербаков Д. А., Каримова А. И. Способы восстановления стенок околоносовых пазух //Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9. – №. 3.
9. Красножен В. Н. и др. ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 73-79.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ И МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Кротова А.С.[2], врач-оториноларинголог, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень

Введение. Удаление инородных тел верхнечелюстной пазухи локализующихся в области альвеолярной бухты предполагает создание большого дефекта передней или медиальной стенки ВЧП. При этом зачастую формируется патологическое сообщение между ВЧП и полостью носа в нижнем носовом ходе с нарушением аэродинамики полости носа и развитием хронического риносинусита. При гайморотомии через переднюю стенку формируются спайки между передней и медиальной стенками ВЧП. Поэтому целесообразна пластика передней и медиальной стенок пазухи при помощи хрящевого аутотрансплантата. Нами был разработан метод пластики передней и медиальной стенок ВЧП четырехугольным хрящом перегородки носа по технике «butterfly».

Цель: Анализ эффективности разработанного нами метода восстановления стенок верхнечелюстной пазухи аутотрансплантатом – четырехугольным хрящом перегородки носа.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении оториноларингологии АО МСЧ «Нефтяник» в г. Тюмени, в период с августа 2016 года по декабрь 2018 года. В исследование включено 210 пациентов обоего пола (средний возраст 51 ± 9,7 лет) с грибковым телом ВЧП, которым была выполнена: гайморотомия через медиальную или переднюю стенки с одномоментной реконструкцией с помощью хрящевого аутотрансплантанта-четырехугольного хряща носовой перегородки.

Ход операции: под эндотрахеальным наркозом выполнялась подслизистая резекция перегородки носа, из четырехугольного хряща - формировали хрящевой аутотрансплантант, затем проводили пластику стенки ВЧП. Через 6 месяцев после реконструкции стенки ВЧП проводился рентгенологический контроль (компьютерная томография околоносовых пазух) для оценки положения аутохрящевого трансплантата. На основе послеоперационных компьютерных томограмм выполнялось аэродинамическое моделирование.

Результаты и обсуждение. По результатам КТ ОНП через 6 месяцев, у всех пациентов (n=210) выявлено стабильное положение аутохрящевого трансплантата с явлениями остеогенеза. Аэродинамическое моделирование воздушных потоков подтвердило отсутствие патологической вентиляции между верхнечелюстной пазухой и полость носа. За весь период наблюдения рецидивов не наблюдалось.

Выводы. Мы доказали эффективность применения хрящевого аутотрансплантата - четырехугольного хряща перегородки носа по технике «butterfly» для пластики стенок ВЧП.

Список литературы:

1. Щербаков Д. А. и др. Применение магнитно-резонансной томографии в диагностике грибкового тела верхнечелюстной пазухи. Клинический случай //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Т. 23. – №. 1. – С. 74-79.
2. Володеев А. В., Щербаков Д. А. Костная киста верхнечелюстной пазухи. Случай из практики и обзор литературы //Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – №. 1. – С. 43-47.

3. Щербаков Д. А. Двусторонняя аплазия верхнечелюстных пазух и крючковидных отростков решетчатой кости //Российская ринология. – 2015. – Т. 23. – №. 2. – С. 43-46.
4. Красножен В. Н. и др. Вычислительная аэродинамика полости носа и верхнечелюстной пазухи //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 73-79.
5. Щербаков Д. А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D //Морфология. – 2014. – Т. 145. – №. 1. – С. 43-46.

ИЗМЕНЕНИЕ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ АНТРОСТОМИИ В СРЕДНЕМ И НИЖНЕМ НОСОВЫХ ХОДАХ

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Карпищенко С.А.[2] д.м.н., заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург
Баранская С.В.[2] врач-оториноларинголог, Санкт-Петербург
Кротова А.С.[3] врач-оториноларинголог, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
[3]АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень

Введение. Выбор оптимального хирургического доступа складывается из понимания нормальной физиологии верхнечелюстной пазухи, знании структуры патологии пазухи и возможностей того или иного хирургического доступа [1-5]. Важно понимать, что каждый хирургический доступ ВЧП в определенном смысле ограничивает возможности хирурга. Так при локализации патологического процесса в задне-верхнем отделе пазухи рекомендован хирургический доступ через средний носовой ход, в задне-нижнем отделе пазухи - через нижний носовой ход. Также важно ограничить вентиляцию ВЧП и сохранить структуры остиомеатального комплекса для поддержания нормальной физиологии пазухи [5-8]. Однако на настоящее время нет сравнительных исследований об изменениях аэродинамики полости носа и ВЧП при эндоскопическом вмешательстве через средний и нижний носовой ход [9].

Цель исследования. На основе метода вычислительной аэродинамики сравнить компьютерные модели хирургических доступов через средний и нижний носовой ход.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов обоего пола (средний возраст 37±14,1 лет) без патологии со стороны полости носа и ОНП, и без эпизодов острого риносинусита в течение последних 3 месяцев. Обязательное условие включения в исследование - возможность четкой дифференцировки всех структур, формирующих полулунную щель. На основе полученных компьютерных томограмм в программе Slicer (разработчик The Slicer Community, лицензия BSD, одобренная организацией по продвижению открытого программного обеспечения Open Source Initiative OSI) проводили построение цифровых трехмерных моделей воздушных пространств полости носа и ВЧП с обязательным включением каналов и соустий. Затем в программе Meshmixer (сертификат EU-U.S. PRIVACY SHIELD FRAMEWORK от 21.11.2016) – корректировали полученные STL –файлы создавая модели: 1) эндоскопическая инфундибулотомия (медиализация средней носовой раковины на 2 мм, удаление крючковидного отростка, расширение естественного соустья ВЧП 1 см в диаметре; 2) антростомия в нижнем носовом ходе 1 см в диаметре.

Были созданы рабочие модели: Состояние до и после компьютерного симулирования хирургии ВЧП через средний и нижний носовой ход.

Затем, с помощью программного комплекса ANSYS (сертификат No.10000741 QM15 соответствует стандарту Международной организации по стандартизации ISO 9001:2015), проводили цифровое моделирование воздушных потоков, возникающих в процессе дыхания, в построенных областях. Скорость воздушного потока между хоанами и обеими ноздрями была установлена на уровне 300 мл/с.

Полученные результаты сравнивали с рабочей моделью околоносовых пазух без патологии, полученной в предыдущих исследованиях.

Результаты исследования. Методом вычислительной аэродинамики получены данные о появлении патологической аэрации ВЧП с массообменом до 38 мл/с при

моделировании эндоскопической инфундибулотомии, а при антростомии через нижний носовой ход массообмен составил до 17,9 мл/с.

Выводы.

1) хирургический доступ к ВЧП через средний носовой ход приводит к развитию патологического массообмена газов между ВЧП и полостью носа;

2) на компьютерной модели хирургического доступа к ВЧП через нижний носовой ход при наложении постоянного соустья 1 см в диаметре наблюдается эффект проветривания пазухи с циркуляцией газов от искусственного соустья в нижнем носовом ходе к естественному;

4) для профилактики нарушений аэродинамики полости носа и ВЧП при хирургии через нижний носовой ход рекомендовано закрытие антростомы в конце операции.

5) рекомендовано осуществлять санацию ВЧП через антростому в нижнем носовом ходе при локализации патологического процесса в задне-нижних отделах пазухи.

Список литературы

1. Kullar P. Infections and foreign bodies in ENT/ Kullar P., Yates P.D. // Surgery. – 2016. – № 30(11). – P. 590–596.
2. Меркулов О.А. Эндоскопический эндоназальный подход к удалению опухолей полости носа и околоносовых пазух с распространением на основание черепа у детей / Меркулов О.А., Горбунова Т.В., Булетов Д.А., Поляков В.Г. // Онкопедиатрия – 2017. - №4 – С. 269-282.
3. Красножен В.Н. Вычислительная аэродинамика полости носа и верхнечелюстной пазухи / Красножен В.Н., Щербаков Д.А., Саушин И.И. и др. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Vol. 23, № 3. – С. 73-79.
4. Щербаков Д.А. Закрытие перфораций перегородки носа с использованием лазер-моделированных аллотрансплантатов / Щербаков Д.А. // Медицинский вестник Башкортостана. 2012. Т. 7. № 6. С. 76-79.
5. Красножен В.Н. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического гнойного гайморита / Красножен В.Н., Покровская Е.М. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae 2017 – 23 – №4 С. 82-91.
6. Карпищенко С.А. Изменение аэродинамики полости носа и верхнечелюстной пазухи после антростомии в среднем и нижнем носовых ходах / Карпищенко С.А., Щербаков Д.А., Баранская С.В., и др. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae (Журнал оториноларингологии и респираторной патологии). – 2018. – № 3 (24). – С. 58-64.
7. Крюков А.И. Обоснованность эндоназального хирургического подхода при кистозном поражении верхнечелюстной пазухи / Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., и др. // Медицинский совет 2015 № 15 С.66-68
8. Карпищенко С. А. Малоинвазивный доступ к верхнечелюстной пазухе / Карпищенко С. А., Баранская С. В. // Практическая медицина.2015. № 2. С. 9–12.
9. Hood C. M. Computational modeling of flow and gas exchange in models of the human maxillary sinus / Hood C. M., Schroter R. C., Doorly D. J. et al. // J Appl Physiol. – 2009. – № 107.- P. 1195–1203.

ИЗМЕНЕНИЯ АЭРОДИНАМИКИ ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА

Щербаков Д.А.[1] д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Покровская Е.М. [2], врач-оториноларинголог, Казань
Красножен В.Н.[2], д.м.н. заведующий кафедрой оториноларингологии КГМА, Казань
Попов И.Б.[3], генеральный директор, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
[3] АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия

Введение. Перспективной технологией реабилитации пациентов с хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом после чрезмерно агрессивной эндоскопической хирургии среднего носового хода является ремоделирование крючковидного отростка (КО) [1-5].

Цель: На основе метода вычислительной аэродинамики смоделировать воздушные потоки в полости носа и верхнечелюстной пазухе (ВЧП) у пациентов с отсутствием крючковидного отростка и после ремоделирования КО.

Материалы и методы. В исследование включено 15 пациентов с хроническим рецидивирующим гнойным верхнечелюстным синуситом после эндоскопической инфундибулотомии (ИТ) (от двух до шести лет назад). КТ ОНП проводилась на аппарате «Orthophos SL 3D» (Германия). Критерии включения: хронический гнойный верхнечелюстной синусит с частыми обострениями; ИТ с резекцией крючковидного отростка; отсутствие КО, размер естественного соустья (ЕС) ВЧП больше 10 мм.

Всем пациентам выполнена, разработанная нами, операция ремоделирования КО костнозамещающим материалом «Рекост». Ход операции. Вмешательство проводили под местной анестезией. После вертикального разреза слизистой серповидным скальпелем, производилась частичная отслойка слизистой оболочки боковой стенки перед зоной остиомеатального комплекса с формированием канала, в который имплантировался костнозамещающий материал «Рекост». «Рекост» использовался в твердой фазе. После имплантации производилась передняя тампонада на сутки. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без особенностей.

На основе полученных КТ в программе Slicer (лицензия BSD, Open Source Initiative OSI) проводили построение трехмерных моделей полости носа и ВЧП послеэндоскопической инфундибулотомии и через 6 месяцев после ремоделирования КО (те же пациенты).

Моделирование воздушных потоков в полости носа и ВЧП осуществляли с использованием программной системы ANSYS (сертиф. No.10000741 QM15, ISO 9001:2015).

Результаты и обсуждение. Максимальная длительность наблюдения составила 1,5 года. Отторжение имплантационного материала отмечалось у одного пациента в течение месяца после операции, что было связано с возобновившимся гноетечением из верхнечелюстной пазухи. Остальные пациенты в течение данного периода находились в ремиссии.

После моделирования эндоскопической ИТ, заключающейся в медиализации средней носовой раковины, удалении крючковидного отростка и расширении естественного соустья ВЧП, скорость потоков, возникающих в среднем носовом ходе, составляла 0,08±0,02 м/с, в некоторых моделях пиковая скорость воздушного потока в указанном регионе составляла около 1,0 м/с. По данным проведённых ранее исследований удалось установить отсутствие

массообмена между полостью носа и ВЧП. Скорость воздушных потоков между структурами остиомеатального комплекса при дыхании не превышает 0,01 м/с (минимально уловимая скорость в программе Ansys). У всех пациентов, участвовавших в нашем исследовании, которым ранее выполнялась эндоскопическая инфундибулотомия с удалением крючковидного отростка, была обнаружена патологическая аэрация ВЧП с массообменом до 40,2±7,1 мл/с у пациентов после эндоскопической инфундибулотомии. Уменьшение патологического массообмена до 15,3±6,3 мл/с после ремоделирования КО.

Выводы:

1. Предложенный метод ремоделирования КО приводит к статистически значимому уменьшению патологического массообмена между полостью носа и ВЧП ($p<0,05$).
2. Рекомендовано ремоделирование КО с использованием костнозамещающего материала «Рекост».

Список литературы:

1. Крюков А.И. Компьютерное моделирование анатомо-функциональной недостаточности крючковидного отростка / А.И. Крюков, Д.А. Щербаков, В.Н. Красножен // Российская оториноларингология. - 2017 - №2(87). - С.60-63.
2. Щербаков Д.А. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе /Д.А. Щербаков, А.И. Крюков, В.Н. Красножен, и др. // Вестник оториноларингологии. - 2017 - №4. - С.32-34.
3. Щербаков Д.А. Экспериментальное обоснование применения диспергированного костного аллотрансплантата для восполнения дефицита костной ткани / Щербаков Д.А., Нураева А.Б., Штеренберг Д.Г., Ткачев А.А. // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2011 - № 14 (133) - С. 416-418.
4. Xiong G.X. Computational fluid dinamics simulation of airflow in the normal nasal cavity and paranasal sinuses / G.X. Xiong, J.M. Zhan, H.Y. Jiang, et al. // American Journal of Rhinology. -2008 - Vol.22. - P.477-482.
5. Туровский А.Б. Лечение больных с синуситом, резвившемся на фоне морфо-функциональной недостаточности крючковидного отростка / А.Б. Туровский // Российская оториноларингология. - 2008 - №5. - С.159-161.

ИЗМЕНЕНИЯ АЭРОДИНАМИКИ ПРИ III ТИПЕ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПО R. MLADINA

Черемных Н.И.[1], студент лечебного факультета ТюмГМУ, Тюмень
Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Мадаев Т.С.[2] врач-оториноларинголог «ГБУ Грозненская ЦРБ», г. Грозный
[1] ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2] «ГБУ Грозненская ЦРБ», г. Грозный

Введение: В настоящее время известно, что патогенез затрудненного дыхания при искривлении перегородки носа (ИПН) основан на изменениях аэродинамики полости носа. Используя классификацию, предложенную Хорватским ринологом Ranko Mladina, для исследования отобраны пациенты с III типом ИПН. Хирургическое лечение ИПН в редких случаях приводит к улучшению носового дыхания, что требует более детального изучения проблемы. Современным решением является анализ скорости движения воздуха в цифровой модели полости носа с применением метода вычислительной аэродинамики (CFD-computational fluid dynamics)

Цель: Создать цифровую модель полости носа и верхнечелюстной пазухи(ВЧП) при III типе искривления по R. Mladina

Материал и методы: Необходимыми данными для реализации метода CFD являлись снимки компьютерной томографии. В группу контроля (лица без патологии полости носа и околоносовых пазух) вошли 34 пациента обоего пола со средним возрастом 31 ± 12,9. Критерии исключения – хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух (хронический риносинусит, гипертрофический ринит и т. п.), а также эпизоды острого риносинусита в последние 3 месяца. В группу с III типом ИПН вошло 32 пациента обоего пола со средним возрастом 34 ± 12,9 лет. Исключались лица, имеющие на снимках полное нарушение проходимости носовых ходов. На основе полученных компьютерных томограмм в программе Slicer 3D проводилось построение цифровых трехмерных моделей воздушных пространств полости носа. Затем в программе Geomagic studio 2012 – корректировались полученные STL –файлы создавая модели полости носа и околоносовых пазух. На последнем этапе, с помощью программного комплекса ANSYS, проводилось цифровое моделирование воздушных потоков, возникающих в процессе дыхания, в построенных областях.

Результаты и их обсуждение: По результатам исследования в группе контроля отсутствует массообмен между полостью носа и верхнечелюстной пазухой. Скорость воздушных потоков при дыхании не превышала 0,01 м/с. В группе с III типом ИПН по R. Mladina выявлен массообмен между полостью носа и ВЧП. Наблюдалась патологическая аэрация ВЧП – «феномен проветривания», при этом во время дыхания внутри пазухи происходила циркуляция воздуха. В полости носа при этом скорость воздуха изменялась в диапазоне от 4 до 13 м\с.

Выводы: Изменения аэродинамики III тип искривления перегородки носа по R. Mladina, характеризуется наличием патологической аэрации верхнечелюстной пазухи, а также снижением скорости движения воздуха в полости носа на пораженной стороне. Эти условия в совокупности вероятно ведут к возникновению и прогрессированию хронического риносинусита. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения МСКТ носа и околоносовых пазух на этапе планирования хирургического лечения.

Список литературы:

1. Красножен В. Н., Щербаков Д. А. Околоносовые пазухи как депо оксида азота //Практическая медицина. – 2015. – №. 2-2 (87).
2. Щербаков Д. А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D //Морфология. – 2014. – Т. 145. – №. 1. – С. 43-46.
3. Mladina R., Skitarelić N., Poje G., Šubarić M. Clinical Implications of Nasal Septal Deformities. Balkan Medical Journal. 2015; 32: 137-46
4. Щербаков Д. А. и др. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе //Вестник оториноларингологии. – 2017. – Т. 82. – №. 4. – С. 32-34.
5. Григорькина Е. С., Кузьмин А. В., Сергеев С. В. Компьютерное 3D-моделирование травмирующего воздействия на верхнюю челюсть //Практическая медицина. – 2015. – №. 2-2 (87).
6. Щербаков Д. А. Вычислительная аэродинамика при риносинусохирургии //Российская ринология. – 2018. – Т. 26. – №. 3. – С. 21-25.
7. Карпищенко С.А. и др. Изменение аэродинамики полости носа и верхнечелюстной пазухи после антростомии в среднем и нижнем носовых ходах //Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae – 2018. – Т. 24. – №. 3. – С. 58-63.
8. Щербаков Д. А. и др. Принципы лечения пациентов с эпифорой //Практическая медицина. – 2017. – Т. 2. – №. 9 (110).
9. Симонов А. В. и др. Некоторые аспекты эмбриогенеза слезоотводящих путей у жителей Тюмени //Университетская медицина Урала. – 2017. – Т. 3. – №. 3. – С. 29-31.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В СОЧЕТАНИИ С ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Кротова А.С. [2], врач-оториноларинголог, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2] АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия

Введение. Персонализированная медицина является современным направлением здравоохранения и основывается на индивидуальном подходе к лечению для каждого пациента. В связи с морфологическим и аэродинамическим разнообразием группы искривления носовой перегородки (ИНП) данный подход является обоснованным. ИНП не ограничивается ринологическими нарушениями. Вследствие деформированной архитектоники полости носа может изменяться градиент давления между средним ухом и носоглоткой, что клинически проявляется дисфукнцией слуховой трубы и снижением внутрибарабанного давления. Так, Grady et al. (1983) отмечает, что у 13% пациентов с ИНП имеются заболевания среднего уха. В мировой литературе представлены данные о положительном влиянии септопластики на тубарную функцию (Deron et al., 1995; Duran et al., 2014). Тем не менее накопленных знаний недостаточно для прогнозирования развития тубарной гипофункции в зависимости от типа ИНП по R. Mladina и персонифицированного подхода к лечению данной патологии.

Цель: выявить взаимосвязь между типом ИНП по R. Mladina и развитием тубарной дисфункции, а также определить тактику консервативного и оперативного лечения у данной группы больных.

Материалы и методы. Были проанализированы 759 историй пациентов с ИНП, находившихся на лечении в отделении оториноларингологии стационара ОАО МСЧ «Нефтяник» в период с 2014 по 2015 год. Критериями исключения были средние отиты, аллергические риниты, полипы носа, тимпанопластика и перфорация барабанной перепонки в анамнезе, а также острая инфекция верхних дыхательных путей на момент исследования**.** Типы ИНП в соответствии с критериями R. Mladina распределялись следующим образом: I тип – 98 пациентов (12,9%); II – 123 (16,2%); III - 99 (13%); IV - 181 (23,8%); V - 74 (9,7%); VI - 24 (3,2%); VII- 160 (21,1%). Всем пациентам проводилась мультиспиральная компьютерная томография. Также в план обследования входила импедансометрия билатерально с целью определения давления в барабанной полости.

Результаты. По результатам импедансометрии было выявлено снижение давления в барабанной полости до –75±14 даПа у 83 пациентов. Распределение по типам ИНП было следующим: I тип – 7 пациентов (6,9% от абсолютного числа пациентов с соответствующим типом ИНП); II - 32 (26%); III - 12 (12,3%); IV - 19 (10,5%); V -2 (3,3%); VI - 1(4,2%); VII -10 (15%). Таким образом, дисфункция слуховой трубы чаще наблюдалась у пациентов с II типом ИНП. Снижение внутрибарабанного давления отмечалось на стороне девиации. Особенностью лечебной тактики являлось выполнение пневмомассажа барабанных перепонок и продувание слуховых труб на 10 день после септопластики. На момент выписки по данным импедансометрии регистрировалась нормализация внутрибарабанного давления. При долгосрочном наблюдении в течении 2 лет симптомы обструкции носового дыхания и дисфункции слуховой трубы не наблюдались.

Выводы. ИНП характеризуется множеством клинических проявлений помимо симптомов обструкции носового дыхания. Одним из них является нарушение функции

слуховой трубы. Была выявлена связь между повышением давления в барабанной полости ипсилатерально и II типом ИНП по R. Mladina. Персонализированная лечебная тактика заключается в обязательном исследовании функции слуховой трубы методом импедансометрии у пациентов с II типом ИНП по R. Mladina. При выявленном снижении внутрибарабанного давления необходимо выполнять пневмомассаж барабанных перепонок и продувание слуховых труб на 10 день после выполненной септопластики. Результаты свидетельствует о высокой эффективности данного способа.

Список литературы:

1. Красножен В. Н. и др. Вычислительная аэродинамика полости носа и верхнечелюстной пазухи //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 73-79.
2. Володеев А. В., Щербаков Д. А. Костная киста верхнечелюстной пазухи. Случай из практики и обзор литературы //Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – №. 1. – С. 43-47.
3. Красножен В. Н., Щербаков Д. А. Околоносовые пазухи как депо оксида азота //Практическая медицина. – 2015. – №. 2-2 (87).
4. Щербаков Д. А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D //Морфология. – 2014. – Т. 145. – №. 1. – С. 43-46.
5. Карпищенко С.А. и др. Изменение аэродинамики полости носа и верхнечелюстной пазухи после антростомии в среднем и нижнем носовых ходах //Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae – 2018. – Т. 24. – №. 3. – С. 58-63.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИТОМИЦИНА-С ПОСЛЕ БАЛЛОННОЙ ДАКРИОПЛАСТИКИ

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Соловьева А.А.[1], студент педиатрического факультета ТюмГМУ, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Баллонная дакриопластика – один из современных методов лечения стенозов слезоотводящих путей, направленных на восстановление естественного оттока слезы, но в 20 % случаев выявляется рестеноз СОП [2,3,6,9]. В настоящее время в дакриологии для профилактики избыточного формирования рубцовой ткани все чаще применяют Митомицин С, антифибротичексие свойства которого подтверждены исследованиями in vitro [1,8,10,11]. Однако нет данных об эффективности применения Митомицина С после баллонной дакриопластики у пациентов со стенозом носослезного канала.

Цель. Оценить эффективность интраоперационного применения Митомицина С после баллонной дакриопластики для профилактики рестеноза носослезного канала.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов со стенозом носослезного канала, обратившихся в АО МСЧ «Нефтяник» с сентября 2017 по февраль 2018 года (1-я группа). Исследование проведено после получения информированного добровольного согласия, диагностического промывания слезоотводящих путей, зондирования слезных канальцев и МСКТ околоносовых пазух и орбит для исключения опухолевого процесса и определения индивидуальных анатомических особенностей каждого пациента. Пациентам под эндотрахеальным наркозом выполняли баллоннуюдакриопластику. На заключительном этапе наносили адгезивный вискоэластик на поверхность роговицы для профилактики ее повреждения. Затем через нижний слезный каналец вводили раствор Митомицина-С в концентрации 0,2 мг/мл объемом 1 мл.Результаты проведенного вмешательства оценивали через семь дней, две недели, 1 месяц после операции. Субъективную оценку слезотечения оценивали по шкале Munk. Также проводили диагностическое промывание слезоотводящих путей. Полученные результаты ретроспективно сравнивали со 2-й группой пациентов (n=20) со стенозом носослезного канала, проходившим лечение на базе АО МСЧ «Нефтяник» с сентября по декабрь 2016 года, которым была проведена только баллонная дакриопластика [3] .Критерии положительных результатов: «выздоровление» – отсутствие субъективного ощущения слезотечения (0 баллов по шкале Munk) и отсутствие рефлюкса через противоположную слезную точку при промывании слезоотводящих путей; «улучшение» – невыраженное слезотечение (1-2 балла по шкале Munk) и отсутствие рефлюкса через противоположную слезную точку при промывании слезоотводящих путей. Критерии отрицательных результатов: «рецидив» – субъективное ощущение слезотечения (3-4 балла по шкале Munk), рефлюкс через противоположную слезную точку при промывании слезоотводящих путей.

Результаты и обсуждение. У пациентов после баллонной дакриопластики с последующим применением Митомицина-С «выздоровление» наблюдали у 13 пациентов, «улучшение» – у 6 пациентов, «рецидив» – у одного пациента. Осложнения не выявлены.У пациентов, которым была проведена только баллонная дакриопластика, «выздоровление» наблюдали у 10 пациентов, «улучшение» – у 5 пациентов, «рецидив» – у 5 пациентов. Осложнения не выявлены.Таким образом, число положительных результатов в 1-ой группе составило 19 пациентов, во 2-ой группе – 15 пациентов.

Выводы. Интраоперационное применение Митомицина С может помочь увеличить количество положительных результатов поле баллонной дакриопластики при лечении пациентов со стенозом носослезного канала.

Список литературы:

1. Атькова Е.Л. Изучение насыщения тканей дакриостомы Митомицином-С / Атькова Е.Л., Роот А.О., Краховецкий Н.Н. и др. // Офтальмологические ведомости. – 2017. – Т. 10. – № 1. – С. 17–22.
2. Атькова Е.Л. Разработка оптимального способа проведения баллонной Дакриопластики / Атькова Е.Л., Федоров А.А., Ярцев В.Д., Роот А.О. // Вестник офтальмологии. – 2015. – № 131 (2). – С. 99-104.
3. Забурева Е.М. Наш опыт применения баллоннойдакриопластики / Забурева Е.М., Щербаков Д.А., Екимова А.Е. // Университетская медицина Урала. – 2017. – Т. 3. № 3 (10). – С. 17-18
4. Кульбаев Н.Д. Роль компьютерной томографии с функцией 3D в подготовке к дакриоцисториностомии / Кульбаев Н.Д., Нигматуллин Р.Т., Щербаков Д.А. // Офтальмологические ведомости. –2011. – № 4 (3). – С. 38-40.
5. Щербаков Д. А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D / Щербаков Д.А. // Морфология. – 2014. – №. 1 (145). – С. 43-46.
6. Щербаков Д.А. Принципы лечения пациентов с эпифорой / Щербаков Д.А., Екимова А.Е., Кротова А.С., Забурева Е.М. // Практическая медицина. – 2017. – Т. 2. № 9 (110). – С. 263-266.
7. Яременко А.И. Варианты атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по данным дентальной компьютерной томографии / Яременко А. И., Штеренберг Д. Г., Щербаков Д. А. // Институт стоматологии. – 2012. – № 1 (54). – С. 106-107.

ОПЫТ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОГО ПРИМЕНЕНЯИ МИТОМИЦИНА-С ПОСЛЕ РЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Кротова А.С. [2], врач-оториноларинголог, Тюмень
Соловьева А.А.[1], студент педиатрического факультета ТюмГМУ, Тюмень
[1] ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2] АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия

Введение. Эндоскопическая дакриоцисториностомия (ЭЭДЦР) в настоящее время является наиболее результативным методом лечения облитераций слезоотводящих путей, но количество рецидивов заболевания достигает 20% [2,3,4,5,6,7,8,9]. Основной причиной неудачных исходов ДЦР является избыточное рубцевание в области дакриостомы (ДС) [1,3]. Решением данной проблемы является возможность использования цитостатиков, изученным препаратом данной группы является «Митомицин-С» (ММС). Однако нет данных об эффективности применения Митомицина С после повторной ЭЭДЦР у пациентов со стенозом носослезного канала.

Цель. Анализ эффективности применения интраоперационной ирригации слезоотводящих путей раствором ММС концентрацией 0,2 мг/ мл у пациентов с рестенозом после ЭЭДЦР.

Материалы и методы. В исследование включено 10 пациентов (9 женщин и 1 мужчина), обратившихся в АО МСЧ «Нефтяник» с сентября 2017 года по февраль 2018 года с рестенозом носослезного канала после проведенной ЭЭДЦР. Исследование проведено после получения информированного добровольного согласия, диагностического промывания слезоотводящих путей, зондирования слезных канальцев и МСКТ околоносовых пазух и орбит для исключения опухолевого процесса и определения индивидуальных анатомических особенностей каждого пациента. После необходимой предоперационной подготовки всем пациентам под эндотрахеальным наркозом выполнялась повторная ЭЭДЦР. Затем трансканаликулярно вводили 1 мл раствора ММС в концентрации 0,2 мг/мл. Никаких послеоперационных осложнений не наблюдалось, для профилактики повреждения роговицы наносили адгезивный вискоэластик на ее поверхность. Результаты проведенного вмешательства оценивали через семь дней, две недели, один и три месяца после операции. Субъективную оценку слезотечения оценивали по пятибалльной шкале Munk. Также проводили диагностическое промывание слезоотводящих путей. Критерии положительных результатов: «выздоровление» – отсутствие субъективного ощущения слезотечения (0 баллов по шкале Munk) и отсутствие рефлюкса через противоположную слезную точку при промывании слезоотводящих путей; «улучшение» – невыраженное слезотечение (1-2 балла по шкале Munk) и отсутствие рефлюкса через противоположную слезную точку при промывании слезоотводящих путей. Критерии отрицательных результатов: «рецидив» – субъективное ощущение слезотечения (3-4 балла по шкале Munk), рефлюкс через противоположную слезную точку при промывании слезоотводящих путей.

Результаты и обсуждение. По итогам исследования наблюдалось «выздоровление» - у 9 пациентов, «рецидив» – у 1 пациента. После тщательного сбора анамнеза выявлялись индивидуальная склонность пациента к образованию келоидов. Осложнения не выявлены.

Выводы. Результаты клинического применения интраоперационного трансканаликулярного введения раствора ММС свидетельствуют об эффективности данного метода у пациентов с рестенозом после ЭЭДЦР.

Список литературы:

1. Атькова Е.Л. Изучение насыщения тканей дакриостомы митомицином-С / Е.Л. Атькова, А.О. Роот, Н.Н. Краховецкий, В.Д. Ярцев, С.Д. Ярцев // Офтальмологические ведомости. – 2017. –Т.10. – №1. – С. 17-22.
2. Атькова Е.Л. Медикаментозные методы профилактики заращения соустья после эндоназальной дакриоцисториностомии / Е.Л. Атькова, А.О. Роот // Вестник офтальмологии. – 2015. –Т.131. – №5. – С. 68-73.
3. Атькова Е.Л. Применение митомицина-С при эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии / Е.Л. Атькова, А.О. Роот, Н.Н. Краховецкий, В.Д. Ярцев // Точка зрения. Восток-Запад. – 2016. – №2. – С. 168-171.
4. Кульбаев Н. Д. Роль компьютерной томографии с функцией 3D в подготовке к дакриоцисториностомии / Кульбаев Н.Д., Нигматуллин Р.Т., Щербаков Д.А. // Офтальмологические ведомости. – 2011.– Т. 3. – № 4. – С. 38-40.
5. Роот А.О. Модифицированный способ профилактики рубцевания дакриостомы после эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии /А.О. Роот, Е.Л. Атькова // Современные технологии в офтальмологии. – 2017. – № 4. – С. 173-176.
6. Щербаков Д.А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией3D / Щербаков Д.А. // Морфология. – 2014.– Т. 145. – № 1. – С. 43-46.
7. Ali M.J. Efficacy of endoscopic guided anterograde 3 mm balloon dacryoplasty with silicone intubation in treatment of acquired partial nasolacrimal duct obstruction in adults / Ali M.J, Naik M. N. // Saudi J Ophthalmol. – 2014. –Vol.1. – №28. – P. 40-43.
8. Ali M.J. Mitomycin C in dacryocystorhinostomy: the search for the right concentration and duration – a fundamental study on human nasal mucosa fibroblasts / Ali M.J., Mariappan I., Maddileti S., et al. // OphthalPlastReconstr Surg. – 2013. – Vol.6. – №29. – P. 469-74.
9. Leong S. A. Systematic review of outcomes after dacryocystorhinostomy in adults / S. A. Leong, C. Macewen, P.White // Am J Rhinol Allergy. – 2010. – Vol.1. – №24. – P. 81-90.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКА ГРИБКОВЫХ ТЕЛ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Малышева Т.Ю.[2], заведующая отделением лучевой диагностики, врач-рентгенолог, Тюмень
Щербаков Д.А.[3], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Кротова А.С.[1], врач-оториноларинголог, Тюмень
Адамчук А.М.[2], врач-рентгенолог, Тюмень
[1]АО МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия
[2]ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень, Россия
[3]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Грибковое тело околоносовых пазух представляет собой неинвазивную форму грибкового риносинусита. Клинические проявления скудны и нетипичны, характеризуются преимущественно односторонним поражением, наличием слизисто-гнойных выделений, головной болью. Кроме того, возможно случайное обнаружение грибковых тел при бессимптомном течении, которое можно заподозрить по результатам компьютерной томографии (КТ) околоносовых пазух (ОНП) в случае тотального или субтотального затенения околоносовых пазух с гиперденсивными включениями [1-6].

Цель исследования. Проанализировать результаты мульти-спиральной компьютерной томографии околоносовых пазух у пациентов с грибковым телом и другими патологиями ОНП, и выявить характерные рентгенологические признаки для данной патологии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения рентгенологии Областной Клинической Больницы №1 и отделения оториноларингологии стационара АО МСЧ «Нефтяник» г. Тюмени. Мульти-спиральная компьютерная томография (МСКТ) выполнялась на аппарате (SOMATOM Force Siemens). В исследование вошли 34 пациента (12 мужчин и 22 женщин, средний возраст 48,2 лет) с диагнозом грибковое тело ОНП, 15 пациентов (7 мужчин и 8 женщин, средний возраст 31,6 лет) с диагнозом синдром немого синуса, 29 пациентов (16 мужчин и 13 женщин средний возраст 43,9 года) с диагнозом киста ОНП, 3 пациента (2 мужчин и 1 женщины, средний возраст 56,1 лет) с диагнозом новообразование ОНП.

Результаты и обсуждение. Рентгенологическими признаками грибкового тела ОНП у 34 пациентов являлись:
- интактная стенка глазницы (100% случаев);
- гиперденсивные включения (100% случаев);
- тотальное затенение ОНП (88% случаев);
- обструкция естественного соустья ОНП (88% случаев);
- разрушение медиальной стенки околоносовой (верхнечелюстной) пазухи грибковыми массами (56% случаев);
- смещение носовой перегородки (21% случаев);
- субтотальной затенение ОНП (12% случаев).

Выводы. Ключевыми рентгенологическими признаками грибкового тела ОНП являются одностороннее (случаи двустороннего крайне редки) тотальное или субтотальное затенения околоносовых пазух с гиперденсивными включениями, стенка глазницы в 100% интактна, обструкция естественного соустья ОНП и разрушение медиальной стенки околоносовой (верхнечелюстной) пазухи грибковыми массами при гигантских размера.

Список литературы:

1. Крюков А.И. Обоснованность эндоназального хирургического подхода при кистозном поражении верхнечелюстной пазухи/ Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Зайратьянц О.В., Товмасян А.С., Арзамазов С.Г., Горовая Е.В., Федоткина К.М.//Медицинский Совет-2015.
2. Pillai S. A radiological profile of fungal sinusitis/ Suresh Pillai, Ajay M Bhandarkar, Suraj S Nair, Anusha Taarinie Jha, Balakrishnan Ramaswamy, Rashid Al-Abri//Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research-2017; 10(9):331.
3. Щербаков Д.А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D/ Д.А.Щербаков//Морфология 2014; 145(1):43-46.
4. Щербаков Д.А. Применение магнитно-резонансной томографии в диагностике грибкового тела верхнечелюстной пазухи. клинический случай / Щербаков Д.А., Малышева Т.Ю., Адамчук А.М., Екимова А.Е., Кротова А.С.// Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2017; 23(1): 74-79.
5. Кастыро И.В. Вегетативный ответ на хирургический стресс в ринологии / Кастыро И.В., Попадюк В.И., Дроздова Г.А.// Российская ринология. 2013; 21(2): 36.
6. Fadda G.L. Endoscopic Endonasal Surgery for Sinus Fungus Balls: Clinical, Radiological, Histopathological, and Microbiological Analysis of 40 Cases and Review of the Literature / Fadda G.L., Succo G., Moretto P., et al. // Iranian Journal of Otorhinolaryngology. 2019 Vol.31(1) – P. 35-44.

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Прокопенко С.А. [1] студент лечебного факультета ТюмГМУ
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Немалая доля в хирургическом лечении патологии околоносовых пазух (ОНП) отводится доступу через передние стенки ОНП, в связи с этим встает вопрос о разработке методов закрытия дефектов стенок верхнечелюстной и лобной пазух. Известно, в результате экстраназального хирургического доступа не происходит самопроизвольного восстановления стенки пазухи [1, 2]. Отсутствие же передних стенок ОНП в некоторых случая ведет к косметическому дефекту, к облитерации пазухи или развитию невралгии тройничного нерва. Также известно, что наличие дефекта, независимо от размера, ухудшает физиологические условия передачи жевательного давления и увеличивает напряженно-деформационное состояние верхней челюсти [3], что, в свою очередь, может привести к развитию конденсирующего остеита верхней челюсти [4]. Учитывая вышесказанное, были разработаны методы по обеспечению анатомической целостности и физиологической стабильности затрагиваемых ОНП, а именно закрытие дефектов стенок верхнечелюстной и лобной пазух деминерализованным костным и хрящевым аллотрансплантатами [5-8].

Цель исследования. Оценить эффективность методов закрытия дефектов стенок верхнечелюстной и лобной пазух деминерализованным костным и хрящевым аллотрансплантатами.

Материалы и методы. В исследование представлено двумя группами пациентов:
1) Основная клиническая группа включает в себя 353 пациента обоего пола с патологией ОНП, которые проходили лечение в оториноларингологическом отделении стационара АО МСЧ «Нефтяник» г.Тюмень и клинике ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России г. Уфа.
2) Контрольная группа, в которую вошли 149 пациентов, прооперированных в 2014-2015 гг. на базе ЛОР-отделения ГБУЗ ГКБ №13 г. Уфа по поводу хронического верхнечелюстного или фронтального синуситов наружным доступом без реконструкции передних стенок ОНП.
Всем больным основной клинической группы под эндотрахеальным наркозом провели вмешательства на ВЧП (n=319) или лобной пазухах (n=34) с реконструкцией стенок пазух хрящевым аллотрансплантатом, или деминерализованным костным трансплантатом (ДКТ) производства Всероссийского центра глазной и пластической хирургии г. Уфы.

Результаты и обсуждения. В послеоперационном периоде у всех пациентов опытной и контрольной групп не отмечено рецидивов заболевания в сроки наблюдения до 6 месяцев.
У 9 больных в основной группе были диагностированы послеоперационные осложнения гайморотомии: гемосинус, подтвержденный на КТ – 7 случаев; Невралгия II ветви тройничного нерва – 5; Парестезии в подглазничной области – 6; Смещение хрящевого аллотрансплантата – 3. У 3 больных основной группы были диагностированы послеоперационные осложнения фронтотомии: гемосинус, подтвержденный на КТ – 2; Невралгия I ветви тройничного нерва – 1.
Структура послеоперационных осложнений контрольной группы пациентов: Гемосинус, подтвержденный на КТ –54 пациента; Невралгия II ветви тройничного нерва – 61; Парестезии в подглазничной области – 52.

Выводы. Предложенный метод закрытия костных дефектов передних стенок ОНП позволяет улучшить качество жизни пациентов.
Проведенное исследование показывает перспективность применения пластики ОНП для профилактики послеоперационных осложнений.

Список литературы:

1. Компьютерное планирование и биомоделирование в лечении пациента со сложным посттравматическим дефектом и деформацией краниофациальной области (клиническое наблюдение) / А.Л. Иванов, Л.А. Сатанин, П.И. Агапов [и др.] // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2012. – № 2-3 (32-33). – С. 144-151.
2. Синдром "молчащего синуса" в контексте эволюции верхней челюсти / Рогацкин Д.В., Шевков В.Н. // Клиническая стоматология. - 2013. - № 3 (67). - С. 40-45
3. Status of the maxillary bone after Coldwell-Luc operation / A.A. Selyaninov, A.M. Yelowikov, N.N. Furina // Russian Journal of Biomechanics. - 2002. - Т. 6, № 1. - С. 79-88.
4. Павлов В.В. Комплексный подход к хирургическому лечению переломов костей верхней и средней зоны лица с повреждением стенок околоносовых пазух / В.В. Павлов // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2006. – № 2. – С. 178-181.
5. Щербаков Д.А. Экспериментальное обоснование костной пластики хрящевым аллотрансплантатом / Д.А. Щербаков, Л.М. Мусина, А.А. Ткачев // Актуальные вопросы тканевой и клеточной трансплантологии: материалы V Всероссийского симпозиума с международным участием. - Уфа, 2012. – С. 120-121.
6. Щербаков Д.А. Способы восстановления стенок околоносовых пазух / Д.А. Щербаков, А.И. Каримова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. - Т. 9, № 3. – С. 100-105.
7. Щербаков Д.А. Возможности применения аллотрансплантатов в риносинусохирургии / Д.А. Щербаков // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 2015. - Т. 2, № 21. - С. 156-158.
8. Крюков А.И. Опыт применения трехмерных моделей аллогенных трансплантатов в риносинусохирургии / А.И. Крюков, Д.А. Щербаков, В.Н. Красножен, Л.М. Малишевский // Российская ринология. - 2016. - Т. 24, № 4. - С. 7-10.

КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ

Щербаков Д.А.[2], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Кротова А.С.[1], врач-оториноларинголог, Тюмень
[1] АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия
[2]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Состояние костей лицевого черепа во многом определяет эстетический вид пациента. Кости данной области имеют уникальное строение, так как несут в себе воздухоносные полости. С одной стороны, при получении травмы наличие пазух в лобной кости, верхних челюстях и решетчатой кости выступает в роли бампера и смягчает удар, защищая головной мозг. С другой стороны, наличие воздухоносных полостей в костях лицевого черепа делает их менее устойчивыми к деформациям.

Нормальная функция околоносовых пазух невозможна без сохранения целостности их стенок [1,2]. Черепно-лицевые дефекты скелета остаются серьезной клинической проблемой для хирурга. В современных подходах используются различные методы трансплантации как аутологических тканей, так и аллотрансплантатов для пластики дефектов стенки [3]. Нами представлен клинический случай закрытия передней стенки лобной пазух комбинированным аллотрансплантатом.

Материалы и методы. Приводим клиническое наблюдение дефекта лобной области у молодого человека. Пациент Я., 21 года обратился в оториноларингологическое отделение стационара ОАО МСЧ «Нефтяник» с жалобами на деформацию лобной кости, возникшую в результате получения травмы тупым предметом. На момент первичного осмотра пациента, со дня травмы прошло 8 месяцев.

Результаты и обсуждения. По результатам 3D компьютерной томографии определяется вдавленный перелом передней стенки левой лобной пазухи, по краю костного дефекта сформирована вторичная костная мозоль. Компьютерное моделирование позволяет значительно улучшить результат операции. Важно отметить сохранение функции лобно-носового канала с обеих сторон. По данным компьютерной томографии пневматизация лобной пазухи слева сохранена несмотря на изменение конструкции пазухи. Пациент не отмечает болей, тяжести в травмированной области, выделений из носа нет [4].

С учетом изложенного принято решение об отсутствии необходимости вскрытия левой лобной пазухи с репозицией её передней стенки. Для восстановления нормального контура мягких тканей лобной области у данного пациента нами использован комбинированный аллотрансплантат. Для восполнения утраченного объема тканей мы применили аллотрансплантат серии Аллоплант для пластики объемных дефектов. При этом мы учитывали данные, что в случае применения данного биоматериала отмечается потеря до 30% его изначального объема в результате процессов заместительной регенерации. Указанными авторами доказана целесообразность комбинирования предложенного трансплантата с аллотрансплантатом для каркасной пластики.

Протокол операции. Под местной инфильтрационной анестезией (S.articaini 1,5 + S. adrenalini 1:200 000) под левой бровью на всю длину дефекта выполнен разрез кожи надглазничной области. Выполнена отсепаровка кожи, подкожной клетчатки и частично накостницы лобной кости в области дефекта. Под размеры дефекта с запасом +30% объема смоделирован комбинированный аллотрансплантат, собран и фиксирован нить Vicryl 4/0 в виде единого блока.

В послеоперационном периоде в течение трех дней проводилась системная противовоспалительная и антибактериальная терапия с учетом значительных размеров подсаженного аллотрансплантата.

На 7-е сутки явления отека в области проведенной операции уменьшились. Важно отметить, что трансплантат превышает размеры дефекта, с учетом ожидаемой потери объема биоматериала в процессе его замещения собственными тканями реципиента. По данным ультразвукового исследования свободных скоплений жидкости в оперированной области не обнаружено.

Выводы. В случае вдавленного перелома передней стенки лобной пазухи при сохранении функции естественного соустья пазухи и отсутствии воспалительных изменений со стороны её слизистой оболочки нет необходимости репозиции костных отломков. Однако возможно выполнение контурной пластики комбинированными соединительнотканными аллотрансплантатами с эстетической целью.

Список литературы:

1. Щербаков Д.А., Каримова А.И. Способы восстановления стенок околоносовых пазух (обзор литературы) // Медицинский вестник Башкортостана. 2014. Т. 6. № 2. С. 57.
2. Щербаков Д.А., Мусина Л.М., Лукманов В.И. Закрытие ороантральной фистулы с использованием аллотрансплантатов // Институт стоматологии. 2012. Т. 2. № 55. С. 92-93.
3. Craig D. Friedman, MD; Peter D. Costantino, MD; C. H. Snyderman, MD; Lawrence C. Chow, PhD; Shozo Takagi, PhD. Reconstruction of the Frontal Sinus and Frontofacial Skeleton With Hydroxyapatite Cement // Arch Facial Plast Surg. 2000;2(2):124-129.
4. Щербаков Д.А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D. // Морфология. 2014. Т. 145. № 1. С. 43-46.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РИНОСЕПТОПЛАСТИКА, ЭТАПЫ ОДНОГО ЦЕЛОГО

Богун В.П.[1], заведующий отделением оториноларингологии, врач-оториноларинголог, Тюмень
Теплоухов А.П.[2], врач-оториноларинголог, Тюмень
[1]ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г.Тюмень»
[2]ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2»

Введение. При выполнении эстетической риносептопластики необходимо учитывать возможные изменения аэродинамики полости носа с нарушением носового дыхания (Афанасьев, СПб 2010). Очень часто искривленная носовая перегородка вызывает деформацию наружного носа и нарушение носового дыхания одновременно. Поэтому эстетическая риносептопластика должна сочетаться с септопластикой и коррекцией внутренних носовых структур. Следовательно, выполняя риносептоплатику и пластический хирург, и хирург – отоларинголог, должны обладать знаниями и навыками как в вопросах эстетической ринопластики, так и в эндоназальной хирургии. Важным этапом подготовки к операции является выполнение 3D компьютерной томографии [1].

Материалы и методы: В отделении оториноларингологии в период с 2010 по 2019 прооперировано более 1000 пациентов с различными деформациями наружного носа. Большую часть из них (более 80%) составили пациенты со сколиотическими деформациями спинки носа, 10% - седловидные деформации, 8% - комбинированные деформации, 42 пациента – деформации кончика носа. У 70% больных деформации наружного носа сопутствовало нарушение носового дыхания. Среди посттравматических деформаций наиболее часто встречаются фронтальные (сколиозы), сагитальные (седловидные) и комбинированные искривления спинки носа. Нередки и послеоперационные дефекты, вынесенные в отдельную группу. Сколеотическая деформация спинки носа - это дугообразное, относительно плавное искривление образующих носовую пирамиду костей, хрящей, носовой перегородки и покровных тканей. И сделать все эти структуры идеально прямыми – практически невозможно. Поэтому пациенту нужно объяснить (и зафиксировать это в договоре на оказание медицинских услуг), что основной целью операции является не абсолютное устранение деформации, а максимально возможное ее уменьшение, то есть превращение более заметного (бросающегося в глаза) искривления в менее заметное.

Сколеотические изменения спинки носа имеют дугообразную ось и могут распространяться как на всю спинку носа, так и на ее хрящевую часть. Отличительной особенностью сколеотических искривлений являются изменения спинки носа в трех точках: а) в зоне корня носа, б) в ключевой зоне, в) в каудальной точке спинки носа [2,3].

При коррекции сколеотических деформаций спинки носа применяются различные методы. Основным является коррегирующая остеотомия костных стенок носовой пирамиды в сочетании с вмешательством на хрящевых структурах.

Результаты и обсуждения: Выбор варианта остеотомий всегда индивидуален, зависит от ее цели, особенностей анатомии носа пациента. При коррекции сложных деформаций костного свода остеотомия почти всегда является комбинированной и требует использования нескольких доступов.

Ход операции: После разрезов и мобилизации мягких тканей до хрящей и носовых костей, учитывая законы биомеханики хряща, продолжаем работать на исправление четырехугольного хряща различными методами, включая резекции, мобилизации, насечки. Затем, важным этапом отделяем хрящ перегородки от перпендикулярной пластинки (задняя хондротомия). Одномоментно производим коррекцию костных структур перегородки: удаляем гребни, шипы, деформированную перпендикулярную пластинку, надламываем и

приводим в правильное положение. «Ключевую» область – место соединения верхних латеральных хрящей, носовых костей и перегородки носа – следует оставлять интактной. Иногда требуется проводить коррекцию спинки носа с применением хряща перегородки носа, который используется как трансплантат. Далее П- образные швы на слизистую оболочку носовой перегородки. Скальпелем надсекаем надкостницу от носовых костей и затем оцениваем состояние костей спинки носа. Дальше проводим различные виды остеотомий. Латеральные хрящи симметрично сшивают по средней линии. Для устранения седловидной деформации носа над верхнелатеральными хрящами и перегородкой носа устанавливают и прикрепляют трансплантат из хряща перегородки или реберного хряща. Костные структуры полируют рашпилем до придания им правильной формы. Для ликвидации «открытой крыши» проводят боковые остеотомии или чрезкожные остеотомии. Формирование кончика носа – наиболее тонкая и ответственная часть операции. Необходимо резецировать краниальные концы латеральных ножек. Каудальный конец верхнелатеральных хрящей можно мобилизировать и поднять их выше, пришить к носовой перегородке, что будет способствовать поднятию кончика носа и изменению угла носового клапана. Для лучшей проекции кончика носа используют специальные трансплантаты, например из хрящей перегородки носа. Операция заканчивается наложением швов на кожу и гипсовой повязкой.

Осложнения: От 5 до 10% первичных риносептопластик нуждаются в повторных коррекциях. Основную проблему составляет недостаточность решения эстетической стороны вопроса. Хирург, оперирующий деформацию наружного носа, должен понимать, что вместе с носом гармонию лица определяют и другие структуры: маленький или большой подбородок, недоразвитые или выдающиеся скуловые кости верхней челюсти, низкий или высокий лоб, глубокие носогубные складки. Все эти особенности должны быть учтены до операции. Выполняя функциональную риносептопластику, особенно на хрящевом отделе наружного носа, следует помнить о необходимости осторожной коррекции носового клапана, чтобы не нарушить носовое дыхание. К второстепенным осложнениям в раннем послеоперационном периоде относятся небольшие кровотечения, образования гематом мягких тканей, инфицирование ран, перфорации перегородки носа, требующие хирургического закрытия [4]. А также синдром открытой крыши, что связано с недостаточной остеотомией. К неблагоприятным последствиям относится образование костных мозолей после неправильного выбора уровня резекции кости, а также индивидуальные особенности заживления тканей пациента.

Выводы: Нам, лор-хирургам, очень важно помнить о том, что при проведении риносептопластики необходимо добиться как функционального результата, т.е. восстановлению носового дыхания, так и эстетического – красоты наружного носа.

За 18 лет практики, мы прооперировали более тысячи пациентов с данной патологией, однако, этого все равно недостаточно, чтобы сказать, что делает ринопластику или риносептопластику простой или сложной операцией.

Список литературы.

1. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D / Щербаков Д.А. // Морфология. 2014. Т. 145. № 1. С. 43-46.
2. Белоусов А.Е., Раздельное перемещение стенок носовой пирамиды при коррекции сколиотических деформаций спинки носа. Пластическая хирургия и косметология, 2010г.
3. Пшениснов К.П., Козлов В.С., Державина Л.Л., Пшениснов В.С. Функциональные аспекты современной эстетической риносептопластики. Российская ринология, 2005г.
4. Закрытие перфораций перегородки носа с использованием лазер-моделированных аллотрансплантатов / Щербаков Д.А. // Медицинский вестник Башкортостана. 2012. Т. 7. № 6. С. 76-79.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКА SNOT-55 В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПУСТОГО НОСА

Попов И.Б.[2], генеральный директор, Тюмень
Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Дюкова И.А.[2], врач-оториноларинголог, Тюмень
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2] АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия

Введение. Синдром пустого носа (СПН) редкое ятрогенное заболевание- осложнение носовой хирургии - где носовые раковины, чаще всего нижние носовые, иссекаются или повреждаются, вызывая нарушение нормальной физиологии носа. Патогенез заболевания связан с дефицитом слизистой оболочки, изменением аэродинамики полости носа и нарушением чувствительной иннервации. Нарушенная архитектоника полости носа приводит к клиническим симптомам парадоксальной обструкции, сухости, периодическим носовым кровотечениям, чувству нехватки воздуха и др. Эти симптомы являются патогномоничными для заболевания. Тактика консервативного лечения основана на постоянном увлажнении полости носа. Хирургические методы лечения основаны на имплантации различных материалов под слизистую оболочку для восстановления архитектоники внутриносовых структур и создания ламинарного воздушного потока. Для оценки результатов лечения помимо объективного осмотра используются различные опросники для пациентов. Один из таких опросников — SNOT – 55. Он является модификацией опросников SNOT – 25 и SNOT – 20

Цель: оценить эффективность консервативного лечения у пациентов с СПН

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 12 пациентов (6 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 22 до 67 лет с диагностированным ранее СПН, находившихся на лечении в отделении оториноларингологии стационара ОАО МСЧ «Нефтяник» в период с 2016 по 2018 год. У 2 пациентов тип ENS-MT, у 10 пациентов ENS-IT тип согласно классификации, предложенной S. Houser. Все пациенты получали консервативное лечение ежедневно использовали увлажняющие препараты для полости носа, внутриносовые фильтры, использование увлажнителя воздуха. Ежедневно используемый фильтр смачивается водой и вставляется в носовые ходы. Всем пациентам ежедневно выполнялся эндоскопический осмотр полости носа. Оценка эффективности лечения производилась по результатам анкетирования пациентов с использованием опросника СНОТ- 55 в начале лечения, через 1 месяц и 6 месяцев после лечения.

Результаты и обсуждение. По результатам опросника СНОТ - 55 в начале лечения средний балл выраженности клинических симптомов СНП у пациентов был –185±14 баллов. После 1 месяца лечения средний балл составил 130±10 баллов. Из клинической симптоматики наиболее беспокоящими симптомами у пациентов явились — см парадоксальной обструкции носа, образование сухих корок в носу, головная боль, слишком сильный / необработанный воздушный поток. Все пациенты спустя 6 месяцев после лечения отметили значительное улучшение и оценили состояние 96±8 баллов.

Выводы. В настоящее время СПН остается плохо изученной патологией. СПН характеризуется множеством клинических проявлений помимо симптомов парадоксальной обструкции носового дыхания. важно вспомнить что ткань носовых раковин нельзя заменить или заново вырастить. Всем пациентам необходимо получать консервативную терапию включающую в себя ежедневное использование увлажняющих средств также использование

внутриносовых фильтров. Проведенный анализ результатов консервативного лечения показывает, что данная тактика лечения обладает высокой эффективностью.

Список литературы

1. Scheithauer MO. Surgery of the turbinates and «empty nose» syndrome. GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. 2010;9(3):1-28.
2. Красножен В. Н. и др. Вычислительная аэродинамика полости носа и верхнечелюстной пазухи //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 73-79.
3. Щербаков Д. А. Вычислительная аэродинамика при риносинусохирургии //Российская ринология. – 2018. – Т. 26. – №. 3. – С. 21-25.
4. Sozansky BS, Houser SM. Pathophysiology of empty nose syndrome. Laryngoscope. 2015;125(1):70-74.
5. Щербаков Д. А. и др. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе //Вестник оториноларингологии. – 2017. – Т. 82. – №. 4. – С. 32-34.
6. Косяков С.Я., Кирдеева А.И СИНДРОМ ПУСТОГО НОСА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Российская ринология. 2015. Т. 23. № 2. С. 62-67. doi: 10.17116/rosrino201523262-67
7. Карпищенко С.А. и др. Изменение аэродинамики полости носа и верхнечелюстной пазухи после антростомии в среднем и нижнем носовых ходах //Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae – 2018. – Т. 24. – №. 3. – С. 58-63.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, УЛУЧШАЮЩИХ ГЕМОДИНАМИКУ СРЕДНЕГО УХА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ.

Кочеткова А. П.[1], к.м.н., врач высшей категории, заведующая оториноларингологическим отделением клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ
Ершова И. Д.[1], врач оториноларинголог клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ
[1]ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РФ, город Челябинск, Российская Федерация.

Введение. По данным литературных источников, хронический средний отит занимает одно из ведущих мест в структуре оториноларингологической заболеваемости и составляет среди городского и сельского населения России 21 и 22% соответственно [1]. Среди всех пациентов, находящихся на лечении в отоларингологических стационарах г. Челябинска, пациенты с хроническим гнойным воспалением среднего уха составляют 21,7%. Хронический гнойный средний отит распространен у людей молодого и среднего возраста и приводит к длительной утрате трудоспособности, стойкому снижению слуха, а также может быть причиной тяжелых внутричерепных осложнений [2,3]. Чаще всего у пациентов наблюдается тугоухость смешанного типа, что характеризуется снижением слуха и шумом в ушах [4,5]. Пациентам с ХСО показана операция – тимпанопластика [6]. Одним из важных, но не решенных вопросов в проблеме хронических гнойных средних отитов у пациентов со смешанной тугоухостью является терапия, улучшающая микроциркуляцию среднего уха при данной патологии, в частности после хирургического лечения. Недостаточно изучены механизмы ишемического генеза хронического среднего отита. Для успешного восстановления структур среднего уха и заживления после тимпанопластики, также для улучшения слуха и снижения ушного шума необходимо изучить особенности кровоснабжения и провести адекватную трофическую терапию. Важнейшим компонентом рационального выбора препарата является оценка нарушений микроциркуляторного русла, дифференциальная диагностика артериальных и венозных изменений у пациентов с хроническим средним отитом. Это диктует необходимость создания системы дополнительного обследования пациентов на предмет нарушения микроциркуляции среднего уха, осложнений в послеоперационном периоде, проведения адекватной трофической терапии с использованием современных препаратов. Таким образом, изучение кровоснабжения среднего уха у пациентов с ХСО, разработка схемы применения препаратов, улучшающих кровоснабжение уха является одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. Применяемые методы консервативного лечения: антибиотики, антигистаминные препараты, витамины не учитывают механизмы сосудистых изменений при ХСО. Развитие воспаления связано с характерными изменениями кровотока в микроциркуляторных сосудах, которые детально изучены в экспериментах in vivo на тонких и потому прозрачных органах (брыжейка, ушная раковина) животных разных видов при помощи светового микроскопа. Несмотря на наличие большого количества работ по изучению различных методик тимпанопластик, в отиатрии остаётся нерешенной проблема практического применения препаратов, улучшающих кровоснабжение уха до и после слухулучшающих операций. Учитывая вышеизложенное, на сегодняшний момент представляется перспективным применение лекарственных средств, улучшающих гемодинамику уха у пациентов, которым показана тимпанопластика.

Цель: совершенствование оказания медицинской помощи больным с хроническим гнойным средним отитом в послеоперационном периоде путем включения производных 3-оксипиридина и янтарной кислоты в схему комплексного лечения.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с хроническим туботимпанальным гнойный средним отитом, со смещанной тугоухостью, которые проходили

стационарное лечение в отделении оториноларингологии Клиники ЮУГМУ за период с 2017 по 2018 г.г., всем пациентам было проведено хирургическое лечение (тимпанопластика) и далее в течение 2 недель курс консервативной терапии. Пациенты были разделены на 2 группы. Исследуемая группа 1 - 40 пациентов с хроническим туботимпанальным гнойным средним отитом, которые получали Винпоцетин, *группа контроля* 40 пациентов, им вводили физ.раствор. Всем пациентам препараты вводятся внутривенно капельно в объеме 200 мл со второго дня после операции в течение 14 дней. Всем больным проводился комплекс обследований, включающий: оториноларингологический осмотр, камертональное исследование, аудиологическое исследование (аудиометрия, импедансометрия), общеклинические лабораторные исследования (анализы крови, мочи и т. д.), лучевые методы (МРТ,КТ височных костей), патофизиологическое исследование материала из барабанной полости, биохимическое.

Результаты. Оценка результатов показала, что у 38 пациентов (95%) первой группы в послеоперационном периоде барабанная перепонка была состоятельная, без дефектов. Слух улучшился. У 2 пациентов возникла реперфорация, у 8 остался шум в ухе. У пациентов второй группы анатомические результаты показали наличие реперфорации у 8 пациентов 11.94 %.

Выводы. Результаты проведенных исследований наглядно и достоверно показали возможность использование препаратов, улучшающих микроциркуляцию среднего уха для лечения пациентов с хроническим средним отитом и профилактики послеоперационных осложнений. Результаты убедительно свидетельствуют о положительном действии препаратов на послеоперационное течение. Таким образом, применение препаратов, улучшающих кровоснабжение среднего уха благотворно сказывается на процессах заживления и способствует улучшению слуха.

Список литературы

1. Петросов С.Р. Хронический гнойный средний отит: оптимизация системной антибактериальной терапии в ставропольском крае //Автореф. дисс. .канд. мед. наук. М., 2009.- 22 с.
2. Хирургия уха Гласскока-Шамбо: в 2 томах / Э.Дж. Гуля, Д.С. По и др.; перевод с анг. под ред. С.А. Карпищенко – М.: Издательство Панфилова, 2015. Т.2. с. 467-474.
3. Бродовская О.Б., Григорьев Г.М. Об отоневрологической и радиологической диагностике отогенных абсцессов мозжечка // XYI съезд оториноларингологов РФ; Сочи.,2001.- С. 52 58.
4. Болезнь оперированного уха: клиническая характеристика и патоморфологическое обоснование // Ю.К. Янов, И.А. Аникин, В.Е Кузовков / Рос. Оторинол. – 2005.- №4.- с. 149-155.
5. Шум в ушах / А.И. Лопотко., Е.А. Приходько, А.М. Мельник, СПб.: 2006.-91-93.
6. Руководство по аудиологии и слухопротезорованию / под ред. Я.Б. Лятковского - М., 2009, 48-51
7. Избранные вопросы практической отохирургии; монография / С.Я. Косяков.- Москва: МЦФЭР, 2012.- 109
8. Руководство по хирургии среднего уха/ Мирко Тос. В 4 т. Т.1. Подходы, мирингопластика, оссикулопластика и тимпанопластика. Пер. с англ. А.В. Давыдов – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2004, -с 238-243
9. Вестник оториноларингологии, 2014. - №6. – с. 8-11. Анализ причин реперфораций после тимпанопластики у больных хроническим перфоративным средним отитом Д.м.н. Е.В. Гаров, к.м.н. Н.Г. Сидорина, к.м.н. В.Н. Зеленкова, к.м.н. А.С. Лаврова, Н.Р. Акмулдиева ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗ г.Москвы (директор – проф. А.И. Крюков)

РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД 2015-2018ГГ.

Лонгортов Г.М.[2], ординатор кафедры хирургической и ортопедической стоматологии с курсом ЛОР-болезней
Кузнецова Н.Е.[2], к.м.н. заведующая детским ЛОР-отделением ГБУЗ ТОКБ №2 г.Тюмени, доцент кафедры хирургической и ортопедической стоматологии с курсом ЛОР-болезней ТюмГМУ.
Вешкурцева И.М.[1], к.м.н. доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ТюмГМУ, врач-клинический фармаколог ТОКБ №2.
[1]ФГБОУ ВО «Тюменский Государственный Медицинский университет» Минздрава РФ, кафедра хирургической и ортопедической стоматологии с курсом ЛОР-болезней.
[2]ГБУЗ «Областная клиническая больница №2» г. Тюмень.

Введение: Орбитальные риногенные осложнения у детей являются самыми частыми осложнениями заболеваний ЛОР-органов у детей, по данным М.Р.Богомильского и В.Р.Чистяковой – от 0.5 до 27%, что является результатом анатомо-физиологических особенностей строения лицовой части головы и, как следствие, течения заболевания [1,2,4]. Они являются междисциплинарной проблемой, требующей внимание и ЛОР-врачей, и офтальмологов, и педиатров.

Цели исследования: Провести анализ частоты орбитальных осложнений на фоне заболеваний околоносовых пазух у детей г. Тюмени по данным детского ЛОР-отделения ГБУЗ ТОКБ №2 и выявить динамику заболеваемости, особенности течения по полу и возрасту.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, получавших лечение в условиях детского ЛОР отделения ОКБ №2 г. Тюмени с января 2015г, по декабрь 2018г. По составленной карте пациента собирались данные по полу, возрасту, периоду госпитализации ребенка, характере заболевания, стороне поражения, данных о проведенных методах лечения и данные о микробиологических исследованиях.

Результаты исследования и их обсуждение: За период 2015-2018гг, в детском ЛОР-отделении ОКБ №2 г. Тюмени было пролечено 203 ребенка с риногенными орбитальными осложнениями (РОО) на фоне заболеваний околоносовых пазух (ОНП), что составило 2.8% от общего количества пролеченных детей (7302 случая) и 12.9% от числа детей, госпитализированных с заболеваниями околоносовых пазух (1573 ребенка). В 2015 году количество детей с заболеваниями ОНП составило 517 человек, из них, 61 (11.8%) находились на лечении с РОО. В 2016г. было пролечено 473 ребенка с заболеваниями ОНП, из них у 51 ребенка (10.8%) развились орбитальные осложнения. В 2017 году с заболеваниями ОНП было госпитализировано 295 детей, из них у 53 детей (10.8%) развились орбитальные осложнения. В 2018г. в стационаре лечилось 288 детей с острыми гнойными синуситами, из них 53 (12.9%) составляли дети с РОО.

За период 2015-2018гг отмечается стойкая сезонность возникновения орбитальных риногенных осложнений. В среднем на осень приходится 29,5% всех РОО, на зиму – 31,5%, на весну 21,7% и на лето – 17,3% от всех детей, пролеченных в стационаре с возникшими РОО. Распределение детей по полу за 2015-2018гг: мальчиков – 53.2%, девочек – 46.8%.

По возрасту: доля детей до года составила 7.4%; от 1 года до 3 лет – 49.8%, от 4 до 7 лет – 20.2%; от 8 до 12 лет – 15.3%; доля детей старше 12 лет составила 7.4%.

Среднее количество дней болезни у ребенка до поступления в приемное отделение ОКБ №2 за период 2015-2018гг составило 8.47 дней, при этом отмечается увеличение продолжительности течения болезни на амбулаторном уровне с 7.34 дня в 2015г., до 8.5 дня в

2018г. Среднее количество койка/дней, проведенных в стационаре за период 2015-2018гг – 7.10 дней. Отмечается увеличение продолжительности лечения с 6.98 суток, до 7.76 суток.

За 2015-2018гг. в отделении было пролечено 13 детей с гнойными орбитальными осложнениями, согласно классификации орбитальных осложнений (Б.В. Шеврыгин 1976), что составило 6.4% от всего количества РОО за данный период. Стоит отметить, что за период 2014-2018гг. отмечается уменьшение количества гнойных орбитальных осложнений, с 9.8% (6 случаев из 55) в 2014 году, до 3.8% (2 случая из 51) в 2018г. Из 203 детей, перенесших РОО, 54.1% (110) было пролечено консервативно, 35% (71 ребенок) пролечены с выполнением катетеризации верхнечелюстных пазух на стороне поражения. Остальным 10% (32) потребовалось оперативное вмешательство (гайморотомия, гайморэтмоидотомия, фронтотомия). Из этих 32 детей только шести (18.7%) потребовалось оперативное вмешательство со стороны офтальмологов.

Выводы:

1. За предоставленный период времени отмечается уменьшение абсолютного количества госпитализаций детей с заболеваниями ОНП с РОО: с 63 человек в 2015 году, до 53 человек в 2018г. Так же наблюдается снижение доли РОО относительно всех пролеченных детей в ГБУЗ ТОКБ №2: с 3.3% в 2015г, до 2.8% в 2018г.
2. Доля РОО в отношении всех случаев заболеваний ОНП выросла с 11.8% в 2015 году, до 18.4% в 2018 году, в основном за счет негнойных РОО - наблюдается снижение доли гнойных РОО с 9.84% в 2015г, до 3.8% в 2018г.
3. Среди детей, перенесших заболевания ОНП, осложненными РОО, наибольшая доля лежит на возрастной группе от 1 года до 3 лет, что можно связать с учащением контактов ребенка с другими детьми и взрослыми.
4. Среди всех случаев РОВ, незначительно преобладают мальчики – 53.2%.
5. Наибольшее количество заболеваний ОНП с РОО приходится на осенне-зимний период (61%).

Список использованной литературы:

1. «Болезни уха, горла, носа в детском возрасте» - национальное руководство / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова // Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» - 2015г – с. 210-227
2. Орбитальные риногенные осложнения у детей г.Иркутск / М.В. Субботина, Г.Н. Борисенко, И.А. Букша // Материалы межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов сибири и дальнего востока с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии» - Издательство Амурская государственная медицинская академия - 2016г - с. 109-111
3. Орбитальные осложнения синуситов у детей / В.В. Байтяков // Материалы XVIII Межрегиональной научно-практической конференции ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России «Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных» - Издательство ПГУ - 2016г. – с. 42-44.
4. Некоторые аспекты риногенных осложнений у детей / И.М. Вешкурцева, А.И. Извин, Н.Е. Кузнецова, А.Л. Баринов // Материалы VII Петербургского Международного форума оториноларингологов России – Санкт-Петербург – 2018 - с.44-45

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИВНОГО ТРАХЕИТА

Мирошниченко Н.А.1, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии
Горбан Д.Г.[1], к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии
Екатеринчев В.А.[1], к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии
[1]ГБОУ ВПО МГМСУ им А.И. Евдокимова» Российская Федерация, Москва.

Введение. В последние десятилетия возросло число больных, нуждающихся в проведение искусственной вентиляции легких. Это связано: с улучшением оснащенности медицинских организаций, оказания больным медицинской помощи в более тяжелом состояние, а также большей нацеленностью пациентов на эндотрахеальный наркоз. Между тем патологические изменения в полых органах шеи могут развиваться после нескольких часов интубации [1,2,3]. Эрозивный трахеит (ЭТ) представляет острую или хроническую воспалительную реакцию слизистой оболочки и подслизистого слоя трахеи различной интенсивности в результате воздействия физического и/или бактериального агента, приводящую к нарушениям в функционировании трахеобронхиального дерева.

Материалы и методы: 171 больной отделения реанимации и интенсивной терапии. Всем пациентам, находившимся на продленной ИВЛ, на 3-6 сутки, выполняли трахеостомию, на эндофиброскопическое исследование гортани и трахеи, цитологическое и бактериологическое исследование смывов из дыхательных путей.

Результаты и их обсуждение: Лечение больных с эрозивным трахеитом осуществлялось, дифференцировано, в зависимости от формы - стадии воспаления в трахеи и в соответствии с результатами бактериологического исследования. Особое внимание уделяли применению адекватных интубационных и трахеостомических трубок, N0 терапии аппаратом «Плазон». Эффективность проводимого лечения оценивали по динамике клинической картины, результатам цитологического и бактериологического исследования. На основании клинико - диагностических проявлений трахеита разработана классификация, согласно которой выделены катаральная, язвенная, геморрагическая и фибринозная формы эрозивного трахеита.В результате проведенного лечения ЭТ был купирован в 100% случаев.

Выводы:

1. Эрозивный трахеит возникает у всех больных, перенесших интубацию и/или срочную трахеостомию.
2. Основными факторами, влияющими на развитие и течение эрозивного трахеита, являются: проведение исскуственной вентиляции легких, трахеостомия, неадекватное протезирование трахеи, длительность канюленосительства. Вторичными факторами являются: развитие присоединение патогенной микрофлоры, отсутствие навыков ухода за трахеальными трубками и трахеостомой.

Список литературы

1. *Овчинников А.Ю., Заманов М.У.* и др. Современные возможности коррекции последствий продленной интубации РМЖ. 2018. Т. 26. № 3-2. С. 62-66.
2. Caplan R.A. The ASA Closed Claims Project: lessons learned//ASA Refresher Course#265.2000;1-7
3. Кассиль В.Л. Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии. - Москва, 1987.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НАРУЖНОГО УХА

Егиян С.С.[1], к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии
Наумова А.А.[1], аспирант кафедры оториноларингологии
[1]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. В течение последних десятилетий наблюдается значительный рост воспалительных заболеваний наружного уха, обусловленный нерациональным применением антибиотиков, кортикостероидов, самолечением, а также повсеместным использованием внутриканальных наушников, воздействием неблагоприятных экологических и профессиональных факторов. По данным В.Т. Пальчуна и соавт. [1], А.Ю. Овчинникова и соавт. [2,3], в качестве возбудителей наружного отита все чаще выступают не только монокультуры, но и бактериально-бактериальные и бактериально-грибковые ассоциации, что усложняет диагностику, вызывает резистентность к терапии и предполагает назначение препаратов с широким спектром антибактериального и антимикотического действия.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности и переносимости препарата диоксидин при лечении пациентов с острым наружным отитом.

Материалы и методы. В исследование, согласно установленным критериям протокола, включены 40 пациентов в возрасте 18-75 лет с установленным диагнозом острого наружного отита. Пациенты были распределены с учетом принципа рандомизации на две группы: основную (n = 20) и контрольную (n = 20). Пациенты основной группы при местной терапии получали 1% раствор диоксидина, выпускаемый во флаконах с крышкой-капельницей, контрольной группы - препарат анауран, в дозировке – по 5 капель в больное ухо 3 раза в день в течение 5-7 дней.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования свидетельствует о высокой эффективности и безопасности использования 1% раствора диоксидина при местной терапии наружных отитов. Полный регресс субъективных и объективных симптомов, эрадикация патогенной микрофлоры отмечены на 7-8-й день наблюдения. Препарат отличается хорошей переносимостью, отсутствием ототоксичности, местно-раздражающего действия и позволяет сократить продолжительность лечения.

Выводы. Диоксидин обладает высокой активностью в отношении различных микроорганизмов – бактерий, вирусов, грибов, простейших, в том числе аэробных и анаэробных бактерий, устойчивых к препаратам других классов (в т. ч. полирезистентных). Целесообразно также использование диоксидина при проведении эмпирической терапии бактериальных инфекций наружного уха у взрослых в амбулаторно-поликлинической практике.

Список литературы

1. Пальчун В.Т., Полякова Т.С., Поливода А.М. Сравнительный анализ лечения наружных отитов. Вестник оториноларингологии 2006; 5: 119—120.
2. Овчинников А.Ю., Хон Е.М., Дженжера Г.Е. Местная антибактериальная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Вестник оториноларингологии 2012; 3: 92-94
3. Овчинников А.Ю., Егиян С.С. Эффективность антимикробного препарата диоксидин при лечении воспалительных заболеваний наружного и среднего уха // Вестник оториноларингологии 2016 (2): 61-66.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Мирошниченко Н.А.[1], д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии,
Симсова В.А.[1], врач - оториноларинголог
[1]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. В современных условиях проблема диагностики и лечения аллергического риносинусита (АРС), протекающего одновременно с бронхиальной астмой (БА) привлекает большое внимание исследователей. Рост сочетанной патологии диктует необходимость изучения особенностей клинического течения и разработки новых эффективных методов лечения. Необходимо отметить, что АРС часто является одним из звеньев патогенеза в развитии не только бронхиальной астмы, но и гипертрофического ринита, гнойного синусита, среднего отита.

Материалы и методы: Нами проведено комплексное обследование 30 больных отечной формой АРС в сочетании с БА. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 1 года. Чаще всего мы выявляли инфекционно-зависимую БА с атопическими реакциями средней степени тяжести (18 пациента) или легкого течения (12 пациента).

При сопоставлении очередности возникновения заболеваний было отмечено, что у 16 больных АРС предшествовала развитию БА, у 9 пациентов БА развилась первично, и у 3 больных вышеуказанные заболевания развились одновременно.

Результаты и обсуждения. При эндоскопическом исследовании полости носа нами был выявлен выраженный отек слизистой оболочки полости носа практически у всех пациентов. Также отмечено полипозное изменение слизистой оболочки в области переднего и нижнего краев средней носовой раковины в той или иной степени (у 19 больных), искривление перегородки носа (у 12 пациентов), гипертрофия нижних носовых раковин (у 7 пациентов).

Лечение мы начинали с назначения курса блокаторов Н-рецепторов (эриус, телфаст), топических кортикостероидов (насобек, фликсоназе). При неэффективности такого лечения, мы применяли внутриносовое введение дипроспана по разработанной нами схеме. Введение дипроспана на любом сроке от начала применения топических кортикостероидов позволяет добиться стойкого положительного результата не только в течении АРС, но и бронхиальной астмы. При наличии показаний этим пациентам мы проводили хирургическое лечение с обязательным соблюдением ряда правил. Операции выполнялись в период ремиссии БА после комплексного обследования, включая исследование функции внешнего дыхания, консультаций аллерголога и пульмонолога. Предоперационная подготовка обязательно включала в себя применение местной (системной – по показаниям) кортикостероидной терапии. При наличии выраженной гиперплазии слизистой оболочки в области остиомеатального комплекса проводилось щадящее удаление патологически измененной слизистой оболочки с одномоментной коррекцией внутриносовых структур при неблагоприятных вариантах анатомического строения. У 12 пациентов нами проведена вазотомия нижних носовых раковин радиоволновым ножом с положительным эффектом, у 7 больных при выявлении гипертрофии нижних носовых раковин мы провели щадящую нижнюю конхотомию также с положительным эффектом.

Выводы. Мы считаем, что лечение аллергического ринита должно быть поэтапным и патогенетически обоснованным: от аппликации топического стероида к интраназальной инъекции стероидного препарата; при необходимости выполняем функциональное эндоназальное хирургическое вмешательство. Использование разработанного нами алгоритма лечения больных аллергическим риносинуситом в сочетании с бронхиальной астмой позволило в 95% наблюдений добиться стойкого положительного эффекта.

Список литературы:

1. Н.М. Ненашева. Проблема выбора терапии у пациентов с астмой//Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. - 2014. - № 2- С.33.
2. Овчинников А.Ю., Гуменюк В.А. Выбор терапии при аллергическом риносинусите // РМЖ. – 2000. – №4.
3. Овчинников А.Ю., Джимшелейшвили Н.П., Симсова В.А., Мирошниченко Н.А. Аллергическая патология полости носа и околоносовых пазух – терапия в современных условиях //Актуальные вопросы в практической оториноларингологии. Сборник научных работ. – 2018.
4. Рязанцев С.В., Сапова К.И. Аллергический ринит: современный взгляд на нестареющую проблему // РМЖ. - 2016. - № 14. - С. 940-944
5. Терехова Е.П., Терехов Д.В. Аллергический ринит: современные методы терапии // МС. – 2016. – №17.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Потемкин М.Н.[1,2], Овчинников А.Ю.[2], Эдже М.А.[1,2],
[1]Клинический медицинский центр Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва
[2]Кафедра отоларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва.

Введение: Храп и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) являются актуальной, полиэтиологической, медико-социальной проблемой. В настоящее время не существует единой концепции по диагностике и лечению пациентов с данной патологией.

Цель исследования: определись набор необходимых диагностических методов, установить оптимальный объем хирургического лечения пациентов с храпом и СОАС. **Материалы и методы:** В исследовании были включены 48 пациентов, прооперированных по поводу храпа и СОАС. Распределение по полу: 39 (82 %) мужчин и 9 (18%) женщин. Обследование заключалось в сборе жалоб и анамнеза (в том числе методом анкетирование), инструментальном осмотре ЛОР-органов, эндоскопии верхних дыхательных путей (в том числе в условиях медикаментозного сна). Для количественной и качественной оценки апноэ сна проводился расширенный респираторный мониторинг (система «ApneaLink» ResMed, Австрия). С целью объективного выявления носовой обструкции пациентам проводилась передняя активная и акустическая риноманометрия («OTOPRONT RHINO-SYS», Германия). Объективная оценка эффективности лечения осуществлялась через 1 месяц после операции. Объем хирургического вмешательства определялся выявленными уровнями обструкции верхних дыхательных путей.

Результаты исследования: По результатам объективным методов обследования: неосложненный храп (ИАГ< 5/час) выявлен у 20 (42%) человек; СОАС легкой степени (ИАГ 5-15/час) - 15 (31%) пациентов, СОАС средней степени (ИАГ 15-30/час) - 11 (23%); СОАС тяжелой степени (ИАГ >30/час) - 2 (4%). Назальная обструкция выявлена у 28 (58%) пациентов. Во всех наблюдениях послеоперационных осложнений и раннем и позднем послеоперационном периодах не отмечено. Субъективно существенное уменьшение или полное устранение храпа и апноэ сна отметили 40 (83%) человек. По результатам контрольного объективного обследования через 1 месяц после операции получены следующие результаты: норма (ИАГ< 5/час) - 41 (85%) пациента, СОАС легкой степени (ИАГ 5 - 15/час) - 4 (10%) пациента (изначально была более тяжелая степень апноэ). Лечение оказалось неэффектиным в 3 случаях, этим пациентам в дальнейшем было рекомендовано проведение CPAP - терапии.

Выводы:

1. Пациенты с храпом и СОАС нуждаются в комплексном обследовании, с целью установки правильного диагноза, оценки степени тяжести заболевания и выбора оптимального метода лечения.
2. В большинстве наблюдений имелось несколько уровней обструкции, что потребовало соответствующего объема оперативного лечения.
3. Хирургическое лечение является эффективным в лечение пациентов с неосложненным храпом и СОАС легкой и средней степени тяжести.
4. Контрольное объективное обследование после операции является обязательным, так как позволяет оценить результаты лечения.

Список литературы:

1. Бузунов Р.В., Легейда И.В., Царева Е.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей: прак. Руководство для врачей. – М, Управление делами президента РФ, 2012.- 121с.
2. Вейн А.М. и др. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. – М, Эйдос Медиа, 2002.- 72с.
3. Бабак С.Л., Голубев Л.А., Горбунова М.В. Дыхательные расстройства и нарушения сна: практическое руководство – СПб: Атмосфера, 2010.- С.40-67
4. Лопатин А.С., Кочетков П.А., Фишкин Д.В. Слипвидеоэндоскопия -метод диагностики патологии верхних дыхательных путей при обструктивном апноэ сна // Материалы VIII Конгресса Российского общества Ринологов. Оренбург 2009.-№2.-С.71-72.
5. Козулина М.А., Пискунов Г.З., Перич Б.Б. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух// Российская ринология. 2014; 22(4): 23-25.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НОСА (ПУЛЯ) – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Алибеков И.М.[1, 2], Гуз Д.Г.[2], Худин А.Г. [2], Чумак К.С. [1,2],Куншаракова С.С. [1], Османова Э.Э. [1], Харисова А.А. [1]
[1]БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия
[2]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», г. Сургут, Россия.

Введение: Инородное тело носа — случайно попавший в полость носа чужеродный объект: бусинка, ягодная косточка, семечка, мелкая деталь игрушки, комар или другое насекомое, кусочек дерева, пластмассы, еды, ваты или бумаги. Инородное тело носа может быть бессимптомным. Но чаще оно проявляется болью, односторонней заложенностью носа и выделениями из пораженной половины носа. Диагностировать инородное тело носа помогают данные анамнеза, результаты отоларингологического осмотра и риноскопии, данные КТ и рентгенографии. Лечение инородного тела носа состоит в его как можно более раннем устранении путем выдувания, эндоскопического или хирургического удалении.

Цель работы: Оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторной хирургии.

Материалы и методы: Пациент А. в сентябре 2018 года обратился в СГКП № 3 к ЛОР-хирургу с жалобами на затрудненное носовое дыхание слева, дискомфорт в полости носа слева при занятиях спортом (бокс). Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием долгое время. В 1997 году получил ранение пневматическим оружием дома, со слов никаких субъективных ощущений и жалоб не было (подробно рассказывать как и в каких обстоятельствах получил ранение отказался). В 2001 году пациента госпитализируют в больницу с ножевым ранением в области шеи. При обследовании было обнаружено инородное тело в полости носа слева. Инородное тело до 2018 г. не беспокоило. Летом 2018г пациент начинает заниматься спортом (бокс), при занятиях спортом ощущает затрудненное носовое дыхание слева и чувство инородного тела, в связи с чем обращается в СГКП№3 с целью планового хирургического лечения.

КТ-исследование носа и околоносовых пазух от 30.08.2018г.- инородное тело в полости носа слева.

Клинический диагноз: Инородное тело в полости носа слева. Было принято решение о плановом хирургическом лечении «удаление инородного тела носа» в условиях дневного стационара СГКП№3 с применением видеоэндоскопических технологий.

Результаты и их обсуждение. 13.09.2018г в условиях дневного стационара СГКП №3 была проведена операция «удаление инородного тела носа» с применением видеоэндоскопических технологий. Операция производилась под местной анестезией. Длительность операции составила в среднем около 30 минут. Кровотечение было незначительным. Пациент наблюдался в дневном стационаре в течение 5-7 дней. Улучшение наступило на 3-5 день после операции: со слов пациента улучшилось носовое дыхание. Пациент выписан с улучшением, реабилитационный период прошел успешно с положительной динамикой. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы: В амбулаторной хирургии в условиях дневного стационара возможно проведение операций «удаление инородного тела носа» с применением современных видеоэндоскопических технологий под местной анестезией, с более благоприятным прогнозом, быстрым реабилитационным периодом, и низким риском венозных и тромбоэмболических осложнений.

Список литературы

1. Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Чесноков А.А. Амбулаторная оперативная оториноларингология в условиях городского центра Западной Сибири. Десятилетний опыт работы // Рос. оторинолар. 2014. № 3 (70). С. 3–5.
2. Чесноков А.А., Алибеков И.М. [и др.]:. Оперативная оториноларингология и анестезия в амбулаторных условиях . (Материалы 1 Петербургского Форума). СПб.: 2012 том-1 -С.7.
3. Гапанович В.Я. Болезни уха, горла и носа / В.Я. Гапанович, П.А. Тимошенко. Минск: Вышэйшая школа, 2002. - 271 с
4. Оториноларингология : учеб. пособие для студ. учрежд. высш. образ, по мед. спец. / под ред. А.П.Тимошенко. Минск: Вышэйшая школа, 2014. 432 е.: ил.
5. Палъчун Я.Г. Оториноларингология: учеб. для студ. мед. вузов / ВТ.Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин. - 2-е изд., испр. и доп. М.: Медицина, 2008. – 649-е.: ил

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РИНОФИМА. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Алибеков И.М.[1, 2], Фатахова М.Т.[2], Рамазанова А.Р.[2], Акопджанян Л. А.[1], Османова Э.Э.[1], Харисова А.А.,[1] Муртузалиева З.А.[1]
[1]БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия
[2]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», г. Сургут, Россия

Введение Ринофима - заболевание кожи носа, связанное с гипертрофией и гиперплазией тканей. Заболевание сопровождается опухолевидными изменениями и увеличением всех элементов носа, в том числе, сосудов и сальных желез. Ринофима является инфильтративно-продуктивным осложнением розацеа и чаще диагностируется у мужчин старше сорока лет. Если в анамнезе больного ринофимой нет розацеа или розовых угрей, то тогда она рассматривается, как отдельное заболевание. Этиология заболевания до конца не изучена, но у людей, которые подвержены частому перегреву и переохлаждению, колебаниям температур подобные патологии диагностируют чаще; повышенная влажность или чрезмерная сухость, а также запыленность воздуха тоже увеличивают риск возникновения ринофимы.

Цель: применение радиоволновой хирургии в условиях дневного стационара, для удаления доброкачественного образования носа.

Материалы и методы. Больной О. мужского пола, 75 поступил в БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» на лечение в дневной стационар, с диагнозом «Ринофима». Данное состояние у пациента появилось в течении многих лет, постепенно прогрессировало. Было проведено оперативное лечение «Подкожное иссечение ринофимы». После обработки наружного носа антисептиком (спирт 70%), инфильтрационная анестезия 2.0 мл 1% раствора новокаина (1.0мл ультракаин) в наружный нос проведена операция подкожное иссечение ринофимы аппаратом «Сургитрон» режим 3.5. Кровотечение остановлено. Наложена асептическая повязка. Состояние пациента после операции удовлетворительное.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационных осложнений нет. Полная регенерация ткани произошла на 3-4 неделе после операции, визуально послеоперационные рубцы отсутствуют, эстетический вид наружного носа восстановлен.

Выводы. Использование радиоволновой хирургии в амбулаторных условиях позволяет выполнить удаление новообразований ЛОР-органов с минимальным повреждением окружающих тканей, отсутствием кровопотери, послеоперационных болей, а также способствует быстрому восстановлению трудоспособности.

Список литературы

1. Алибеков И.М. Гуз Д.Г.Худин А.Г. Современные методы лечения опухолевых заболеваний ЛОР органов в амбулаторных условиях. (Материалы XIII съезда оториноларингологов России). СПб.: 2011. том-1.- С.3-7.
2. Алибеков И.М. Чесноков АА. Гуз Д.Г. Худин А.Г. Опухоли кожи носа и опыт лечения в амбулаторных услових.(Материалы 1 Петербургского форума оториноларингологов России). СПб.: 2012 том-1 - С 90-93
3. Странадко Е.Ф. Маркичев Н.А. Рябов М.В. Фотодинамическая терапия. (Материалы 3-го всероссийского симпозиума). М.: 1999 – С. 56-65.
4. Баллюк Ф.Б. Медицинская лазерология. СПб.: 2000 –С. 12-13.

5. Коган Е.А. Торшина Н.Л.Меерович Г.А. Фотодинамическая терапия. (Материалы 2-го всероссийского симпозиума с международным участием). М.: 1997.- С. 68-79.

ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ- НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОПЫТ РАБОТЫ).

Алибеков И.М.[1, 2], Гацко Ю.С.,[1] Пилипенко А.А.,[3] Чумак К.С.[1,2]
[1]БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия
[2]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», г. Сургут, Россия.
[3]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница», г. Сургут,Россия.

Введение: Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего заболевания в г. Сургуте и Ханты-Мансийском автономном округе составляет 13.9% на 1000 населения. В структуре заболеваемости оториноларингологического профиля патология носа и околоносовых пазух составляет 72.6%. Хронический полипозный риносинусит в условиях Севера с учётом неблагоприятных климатических факторов является одним из распространённых заболеваний в практике врача оториноларинголога.

Цель работы: изучение эффективности применения шейвера при удалении полипов из полости носа под контролем эндоскопа в амбулаторных условиях у больных с хроническим полипозным риносинуситом.

Материалы и методы. Операция удаление полипов с помощью шейвера произведена 47 пациентам в возрасте от 18 до 55 лет за период с 2016 по 2018гг., страдающим хроническим полипозным риносинуситом. Диагноз пациентам поставлен с помощью комплексного обследования: риноскопия, эндоскопическое исследование, консультация аллерголога-иммунолога, общий анализ крови. Практически у каждого пациента в общем анализе крови наблюдалась эозинофилия. Все операции производились под местной анестезией с помощью шейвера под контролем эндоскопа. Длительность операции составляла в среднем около 20 минут. Кровотечение, благодаря меньшей травматизации крупных сосудов в полости носа, во всех случаях было незначительное. Все операции по словам пациентов протекали безболезненно, что очень не мало важно при операциях под местной анестезии. Это позволяло оперирующему доктору работать слажено и концентрировано. После операции пациенты находились в палате в среднем около 2 часов, затем отпускались домой с сооответствующими рекомендациями. Все пациенты наблюдались в дневном стационаре около 8-10 дней.

Результаты и их обсуждение. Улучшение наступало на 3-5 день после операции: прекращались жалобы на заложенность носа, улучшалось носовое дыхание. Об эффективности лечения судили по клиническим данным и по результатам послеоперационной реабилитации (8-10 дней). По итогам последующего динамического наблюдения среди 95% оперированных больных достигнуто клиническое выздоровление. Побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы. Применения шейвера под контролем эндоскопа при хроническом полипозном риносинусите превосходно подходит в амбулаторных условиях. Обладая высокой степенью визуализации удаления полипов в полости носа, шейвер обеспечивает максимальное щажение структур полости носа, минимизирует риск обильного кровотечения, способствуя стойкому улучшению и сохранению нового дыхания в отдаленные сроки. Осложнений после оперативного лечения не отмечено.

Список литературы

1. Алибеков И.М., Чесноков А.А., Гуз Д.Г. и др. Анестезия и оперативная оториноларингология в амбулаторных условиях // I Петербургский Форум оторинолар. в России: мат-лы. СПб., 2012. Т. 1. С. 7–10.

2. Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Чесноков А.А. Амбулаторная оперативная оториноларингология в условиях городского центра Западной Сибири. Десятилетний опыт работы // Рос. оториноларинг. 2014. № 3 (70). С. 3–5.
3. Чесноков А.А., Алибеков И.М., Гуз Д.Г. и др. Организация и эффективность амбулаторной хирургической ЛОР-помощи в дневном стационаре-ЦАХ в условиях севера Западной Сибири // XIII Российский Конгресс оториноларинг.: мат-лы .Рос. науч.-практ. конф. оториноларинг. М., 2014. С. 39–40.

СЕПТОПЛАСТИКА – ОПЫТ РАБОТЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЗА 2010-2018 ГГ.

Алибеков И. М.[1, 2], Османова Э.Э.[1], Харисова А.А.[1], Куншаракова С.С.,[1] Магомедова М.З.,[1] Акопджанян Л. А.,[1]
[1]БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия
[2]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», г. Сургут, Россия

Введение. Патология носа и околоносовых пазух составляет более 50-52 % от общей заболеваемости ЛОР-органов. Заболевания верхних дыхательных путей, учитывая климатические условия Ханты-Мансийского автономного округа, составляют около 70-75 %. Одной из основных патологий, вызывающих острые воспалительные заболевания ЛОР-органов является деформация носовой перегородки. Учитывая загруженность круглосуточного стационара острой патологией и длительным ожиданием пациентов на плановое оперативное лечение, нами была разработана предоперационная подготовка и последующее лечение пациентов с данной патологией, т. к. социально-экономические условия вынуждают нас находить варианты оказания медицинской помощи таким пациентам. Показанием к хирургическому вмешательству на носовой перегородке является не сам факт ее искривления, а появление у пациента затруднения носового дыхания, дискомфорта, сопутствующих заболеваний. В условиях дневного стационара оказывается квалифицированная медицинская помощь с использованием современных стационар-замещающих технологий, в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. Дневной стационар является структурным подразделением поликлиники БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», предназначен для оказания диагностической, лечебно-профилактической помощи пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. При наличии очереди на плановую госпитализацию максимальное ожидание оперативного лечения не превышает 14 дней, что соответствует программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Цель работы. Совершенствование организации и повышение качества медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности ЛПУ на основе внедрения и широкого применения современных стационар-замещающих ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Материалы и методы. Подслизистая резекция носовой перегородки была выполнена 1407 пациентам в возрасте от 17 до 70 лет за период с 2010 по 2018 гг. Из них 761 мужчин и 646 женщин. Средняя длительность лечения составляет 6-8 дней.

Результаты и их обсуждение. Количество пациентов, пролеченных в ДС ВП за указанный период, у которых развились осложнения - 0%; количество пациентов, направленных в круглосуточный стационар пациентов ДС ВП - 0%. Эффективность лечения пролеченных в дневном стационаре составляет - 100% (выписка из дневного стационара с улучшением, выздоровлением).

Выводы. Основным приоритетным направлением деятельности дневного стационара является стремление к малоинвазивным и высокотехнологичным методам лечения, что обеспечивает высокое качество оказания помощи при минимальном объеме оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Алибеков И.М., Гацко Ю.С., Чумак К.С., Фатахова М.Т. Оториноларингология. Учебно-методическое пособие.: 2017 – С. 55–57.
2. Алибеков И.М., Артюшкин С.А., Абдулкеримов Х.Т., Чесноков А.А. Оперативная оториноларингология и анестезия в амбулаторных условиях (опыт работы). Рос. оториноларингол. – 2015. – № 4 (77). – С. 11–15.
3. Алибеков И.М., Гуз Д.Г., Гацко Ю.С., Чумак К.С., Фатахова М.Т. «Опыт внедрения и оптимизация хирургического лечения ЛОР патологии на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» Вестник СурГУ. Медицина. 2017. № 2 (32). С. 19–22.
4. Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Абдулкеримов З.Х., Абдулкеримов Т.Х., Чумак К.С. «Применение современных технологий при патологии носа на севере Западной Сибири». Уральский медицинский журнал 2018 г. № 13 (168)`18. С. 98-101.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Руководство по практической оториноларингологии. Москва: Медицина, 2014
6. Оториноларингология. Национальное руководство / под ред. В.П. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 960 с.

ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ (ОПЫТ РАБОТЫ)

Алибеков И.М.,[1,2] Москалев В.А.,[2] Гаджиева Г.Э.,[2], Межидов А.А.,[2] Межитов Р.Е.,[2] Багиров М.Н.,[1]
[1]БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия
[2]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

Введение: заболевания гортни в общей структуре заболеваний ЛОР органов занимают одно из первых мест, а опухоли и опухолеподобные образования данной локализации прочно удерживают первое место. Особую группу составляют профессионалы (учителя, артисты, педагоги, музыканты). Наиболее часто встречающиеся опухолеподобные заболевания гортани, это полипы и узелки. Для лечения этой патологии используют только хирургические методы лечения. Мы используем эндоларингеальный метод удаление образования гортани с использованием микрохирургической техники и опорной стойки под контролем операционного микроскопа. Положительными сторонами данного метода являются многократное увеличение операционного поля гортани, а также применение этого способа при наличии противопоказаний к местному обезболиванию (непереносимость лекарственных средств, анатомические особенности языка, глотки и гортани, выраженный рвотный рефлекс).

Цель работы: изучение эффективности применения удаления новообразований гортани, рубцовых стенозов голосового аппарата при помощи микрохирургической техники на опорной стойке.

Материалы и методы: Оториноларингологическое отделение оснащено современным оборудованием. Оперативные вмешательства проводятся под эндотрахеальным наркозом, используется микрохирургическая техника, операционный микроскоп OPMI VARIO, радиоволновый нож сургитрон с насадками для гортани. Длительность оперативного лечения в среднем от 15 минут до 30 минут. В ходе операций кровотечения минимальные (практически нет), что позволяет хирургу работать более оперативно и качественно.

Эндоларингеальным методом за период 2016-2018гг, прооперировано 58 больных, поступившие в оториноларингологическое отделение БУ ХМАО-Югра Сургутской ОКБ. Нозология проводимых вмешательств: Рубцовый стеноз гортани J38.6 – 2 чел. Доброкачественное образование гортани D 14.1. Результаты патогистологического исследования из всех прооперированных (всего 56 человек): папиллома – 23 чел, фиброма-12 чел, полипы голосового аппарата – 8 чел, узелки голосовых складок - 5чел, гемангиома – 2 чел, злокачественное образование гортани – 6 чел.

Результаты и их обсуждение: Все больные прооперированы с положительным результатом. По итогам последующего динамического наблюдения среди 96% оперированных больных достигнуто клиническое выздоровление. При отдаленных исследованиях через 3-6 месяцев рецидивов и осложнений не наблюдалось.

Выводы: Метод эндоларингеального удаления образований гортани под контролем операционного микроскопа позволяет провести полное удаление образования гортани без травмирования окружающих здоровых тканей, что снижает риск рецидивов заболеваний.

Список литературы

1. Алибеков И.М., Гацко Ю.С., Чумак К.С., Фатахова М.Т. Оториноларингология. Учебно-методическое пособие.: 2017 – С. 55–57.

2. Нажмудинов И.И., Гаращенко Т.И., Серебрякова И.Ю., Магомедова К.М., Куликов И.О., Гусейнов И.Г. «Современные аспекты диагностики и хирургического лечения гиперпластических процессов гортани» Consilium medicum 2017 г. N 11.-С.29-33.
3. Дайхес Н.А., Давудов Х.Ш., Акопян К.В., Сулейманов Ю.Б. Фиброволоконная оптика в диагностике опухолей гортани // Российск. оториноларингол. (прилож.)- 2002.- №1.- С.71-72.
4. Коваленко С.Н., Лапченко А.С., Муратов Д.Л. Новые возможности в дифференциальной диагностике гиперпластических процессов в гортани // Вестн. оториноларингол. 2005. - № 5. - С. 295-296.
5. Hafiier G., Neuhuber A., Hirtenfelder S. et al. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in intensive care unit patients // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2008. - Vol.265, № 4. -P.441-446.
6. Ho A.M., Chung D.C. Pressure on the neck during laryngoscopy // Paediatr. Anaesth. 2007. - Vol. 17, № 6. - P.601.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КИСТ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОКБ (ОПЫТ РАБОТЫ)

Алибеков И.М.[1,2], Москалев В.А.[2], Межидов А.А.[2], Хайретдинова Е.А.[2], Аджигайтканов С.М.[2], Сайтханова М. А.[1]
[1]БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия
[2]БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

Введение. Заболевания носа и околоносовых пазух в общей структуре заболеваний ЛОР-органов в оториноларингологическом отделении СОКБ за 2016-2018гг. составляет 24%, а кисты носовых синусов среди них составляют 1%. Наиболее часто встречающаяся локализация кист носовых синусов это верхнечелюстные пазухи. Мы в своей практике используем метод функциональной эндоскопической хирургии носа и околоносовых пазух с удалением стенок кист носовых синусов. Этот способ заключается в эндо- или экстраназальном удалении стенок кист носовых синусов под контролем видеоэндоскопа под общей или местной анестезией.

К преимуществам данного метода следует отнести: отсутствие наружных разрезов, прецизионное удаление патологических тканей, ревизия естественных соустий пазух, что в принципе невозможно при классических доступах с применением налобного рефлектора; эстетика эндохирургии, когда хирург видит перед собой не узкие носовые ходы через отверстие налобного рефлектора, а полноцветное увеличенное изображение на мониторе.

Цель работы: изучение эффективности применения эндоскопии при удалении кист носовых синусов.

Материалы и методы. Оперативное вмешательство удаление стенок кист носовых синусов с использованием видеоэндоскопической стойки KARL STORZ произведено 57 пациентам в возрасте от 14 до 69 лет с предварительным диагнозом киста носового синуса, находящимся на лечении в оториноларингологическом отделении БУ ХМАО-ЮГРЫ «СОКБ» за период 2016-2018гг. Диагноз пациентам поставлен с помощью комплексного клинического обследования: передняя, задняя риноскопия, КТ носа и околоносовых пазух. Операции проводились под местной и общей анестезией под контролем видеоэндоскопа. Длительность оперативного лечения в среднем составляла около 20-40 минут. В ходе операции кровотечение минимальное, что позволяет работать более оперативно и качественно. После операции пациенты находились под наблюдением в стационаре в течение 5-7 дней. Результаты патогистологического исследования: из всех прооперированных (всего 57 человека) больных патогистологическая картина кисты носового синуса у 57 человек. Все больные прооперированы с положительным результатом.

Результаты и их обсуждения. Улучшение у прооперированных больных наступило на 3-5 сутки после операции: прекращались жалобы на заложенность носа, болезненность в области околоносовых пазух, улучшалось носовое дыхание, выписаны с улучшением, рекомендации даны. По итогам последующего динамического наблюдения среди 100% больных достигнуто клиническое выздоровление. Побочных эффектов не наблюдалось. При отдаленных исследованиях через 3-6 месяцев рецидивов и осложнений не обнаружено.

Выводы. Предлагаемый способ имеет следующие преимущества: способ имеет высокую точность, обеспечивается полная обозримость пазух носа (четко видно размеры и параметры патологически измененных тканей), минимальная травматизация окружающих тканей при удалении кист.

Список литературы

1. Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Абдулкеримов З.Х., Абдулкеримов Т.Х., Чумак К.С. «Применение современных технологий при патологии носа на севере Западной Сибири». Уральский медицинский журнал 2018 г. № 13 (168)`18. С. 98-101.
2. Кирюков А.И., д.м.н., проф. Царапкин Г.Ю., Зайратьянц О.В., д.м.н, проф. Товмасян А.С., к.м.н. Арзамазов С.Г. «Обоснованность эндоназального хирургического подхода при кистозном поражении верхнечелюстной пазухи» Медицинский Совет. Медицина. 2015. №15. С. 66-68
3. Под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Пальчуна В.Т. проф. Крюкова А.И. Оториноларингология, серия «Клинические рекомендации». - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 368 е.: ил.
4. Пальчун В.Т. Магомедов М.М. Лучихин JI.A. Оториноларингология: учебник, 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-584 с.: ил. ISBN 978-5-9704-2949-5
5. Тайссинг Ю., Реттингер Г. Вернер Й. А. и др. Хирургия головы и шеи: основные вмешательства, пер. с англ. — М.: Лаборатория знаний, 2019. —459 с. : ил.
6. Волков А.Г. Щадящий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи / А.Г. Волков, В.В. Киселев, Н.А. Волкова. «Наука и практика на рубеже веков». - В кн.: Сб.мед.научн.работ.- Ростов н\Д,200.-С.53-54.
7. Гурьев И.С. Диагностика, морфогенез и хирургическое лечение кист околоносовых пазух // Автореферат дисс., канд. мед. наук.- М.-2004.-С.23.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Вешкурцева И.М.[1,2] – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, врач-клинический фармаколог
Кузнецова Н.Е. [1,2] - к.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, заведующая детским ЛОР-отделением
Извин А.И.[1] – д.м.н., профессор кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней
Лангортов Г.М.[1] - ординатор кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней
Ашихмина Н.В. [2] – заведующая детским офтальмологическим отделением
Кузнецова Т.Б.[1] – студентка педиатрического факультета ТюменскогоГМУ
[1]ФГБОУ ВО Тюменский Государственный медицинский университет, г.Тюмень, Россия
[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

Введение. Актуальность острых риносинуситов в педиатрической практике заключается не только в широкой распространенности (9 - 20% от всех ЛОР заболеваний детского возраста), но и в высоком риске развития серьезных осложнений, особенно в группе часто и длительно болеющих детей [1]. Большое опасение вызывают орбитальные осложнения риносинуситов, флегмоны орбиты, которые являются наиболее частыми у детей и составляют порядка 90% всех осложнений. Так, синуситы у детей до 3 лет в 94,7% случаев протекают с осложнениями, из которых 10–22% составляют гнойно-септические орбитальные процессы с возможным исходом в слепоту, в 2,1% случаев при синусите у детей до 3 лет развиваются внутричерепные осложнения [2]. Высокие показатели этих осложнений в детской популяции связаны с несовершенством иммунной системы, нарастанием вирулентности микрофлоры, активацией условно-патогенных микроорганизмов, увеличением их резистентности к стандартным антибактериальным препаратам [1, 3].

Цель исследования. Изучить взаимосвязь микробного пейзажа при орбитальных осложнениях риносинусогенной этиологии у детей с характером проводимой антибактериальной терапии при данной патологии.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 369 историй болезни пациентов с осложненным течением отитов и синуситов, находящихся на лечении в детском ЛОР-отделении ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» г. Тюмени в период 2014-2018 г.г. **Результаты и их обсуждение**. При анализе полученных результатов было выявлено, что орбитальные осложнения составили 73,2% от общего количества осложненного течения ЛОР-заболеваний, что согласуется с литературными данными [4]. Основная часть орбитальных осложнений (93,6%) имели асептическое течение в виде реактивного отека век, отека ретробульбарной клетчатки. Микробиологическое исследование биологического материала проводилось при развитии гнойных осложнений (абсцесс или флегмона орбиты), требующих хирургического вмешательства, отрицательные результаты были получены в 47,9% случаев. При анализе положительных бактериологических результатов выявлено, что лидирующие позиции гнойных орбитальных осложнений занимают *Staphylococcus spp.* (65,8%), второе место заняла анаэробная микрофлора (10,5%), на третьем месте - нетипичные для данного локуса *Enterococcus spp.* (7,9%). В единичных случаях (5,3%) высевались неферментирующие грамнегативные микроорганизмы (*P.aeruginosa* и *Acinetobacter*), которые рассматриваются как один из факторов риска развития нозокомиальных инфекций [5, 7]. При определении антибиотикочувствительности выделенных микроорганизмов было обнаружено, что штаммы стафилококков и энтерококков в 95-100% случаев были чувствительны к основным препаратам (пенициллины, гентамицин, линкомицин, ципрофлоксацин, ванкомицин).

Неферментирующие грамнегативные бактерии характеризовались 100% чувствительностью только к карбапенемам и ингибиторзащищенному цефалоспорину (цефоперазон/сульбактам). Анализ антибиотикотерапии пациентов с данной патологией выявил, что в 84,6% случаев эмпирическая терапия начиналась с рекомендуемых [3, 6] защищенных аминопенициллинов (ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат). Данная группа антибиотиков характеризуется высокой активностью в отношении основных возбудителей внебольничных инфекций уха, носа, околоносовых пазух, кожи и мягких тканей и созданием высоких бактерицидных концентраций в этих органах, в том числе и в тканях орбиты. При наличии у ребенка непереносимости пенициллинов назначались комбинации цефалосопоринов 3 поколения (цефотаксим, цефтриаксон) с антианаэробным препаратом метронидазолом (12,8%). Коррекция стартовой антибактериальной терапии потребовалась лишь в каждом 10 случае (9,9%) - производился перевод пациента на резервные антибактериальные препараты (карбапенемы - в 30% случаев, на цефалоспорин 4 поколения – в 15%, на ингибиторзащищенный цефалоспорин – в 10% и другие). В единичных случаях терапию сразу начинали с карбапенемов (2,6%), что связано с переводом этих пациентов из других стационаров, где они уже получали стандартную антибактериальную терапию. Средняя продолжительность антибактериальной терапии составила 9,5±0,74 дня с максимальными показателями (21 день) при абсцессе или флегмоне орбиты, что не противоречит современным клиническим рекомендациям [2, 3, 6]. На фоне своевременного и адекватного хирургического вмешательства, рациональной антибактериальной терапии у всех пациентов с орбитальными осложнениями была отмечена выраженная положительная динамика.

Выводы: 1. Микробный пейзаж при орбитальных осложнениях характеризуется не только полиморфизмом, но и появлением нетипичной микрофлоры.

2. Выделенная микрофлора при этих осложнениях выявила хорошую чувствительность к антибактериальным препаратам

3. Рациональная антибактериальная терапия в сочетании, при необходимости, с своевременно выполненной хирургической санацией является залогом благоприятного прогноза у детей с орбитальным осложнениями.

Список литературы.

1. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. Богомильского М.Р., Чистяковой В.Р. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. : ил.
2. Свистушкин М.В., Андреева И.В., Стецук У.В. Обзор современных рекомендаций по тактике ведения пациентов с острым бактериальным риносинуситом в педиатрической практике. Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2013; 2: 19-31
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии /ред. Л. С. Страчунский. - Смоленск: МАКМАХ. 2007. – 464 с.
4. Извин А.А. Осложнения в оториноларингологии. Тюмень.: ООО «Печатник»; 2009. -280 с.: ил.
5. Эйдельштейн М.В., Сухорукова М.В., Склеенова Е.Ю. и др. Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов Pseudomonas aeruginosa в стационарах России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «МАРАФОН» 2013-2014. Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 2017;19(1):37–41.
6. Антимикробная терапия по Джею Сэнфорду,ред. Д.Гилберт и соавт., М.: Грант; 2014. 640 с.
7. Сухорукова М.В., Эйдельштейн М.В., Склеенова Е.Ю. и др. Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов *Acinetobacter* spp. в стационарах России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «МАРАФОН» 2013-2014. Клин. микробиол. антимикроб. химиотер 2017; 19(1):42-48

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР ОРГАНОВ

Рудзевич А.В.[1], заведующий отделением оториноларингологии, врач-оториноларинголог
Смагина И.С.[1], врач-оториноларинголог
Пшеничников С.А.[1], врач-оториноларинголог
[1]ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

Введение. Интракраниальные осложнения воспалительных заболеваний ЛОР органов представляют собой грозные и опасные для жизни пациента заболевания. За 2018 гг. в ГБУЗ ТО «ОКБ№2» в отоларингологическом отделении взрослого стационара находилось на лечении 16 пациентов с различной патологией центральной нервной системой вызванной заболеваниями ЛОР органов. Смертность в этой группе пациентов составила 5,3%. В диагностике этих заболеваний важное значение имеет спиральная компьютерная томография, которая выполняется одновременно с агиографическим исследованием.

Гнойно-септические внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний ЛОР-органов представляют собой грозные и опасные для жизни пациента заболевания. Возникновению отогенных внутричерепных осложнений способствует анатомическая близость среднего и внутреннего уха к полости черепа, оболочкам и тканям головного мозга. (3,5) Пути, по которым происходит распространение инфекции, соответствуют ходу лимфотических и кровеносных сосудов, венозных и артериальных анастомозов, черепно-мозговых нервов, а также многочисленным костным дегисценциям. (2,3,5) Распространенность внутричерепных осложнений не имеет тенденции к снижению, не смотря на развитие медицинских технологий и производства современных антибактериальных химиопрепаратов. (1,3) Отогенные интракраниальные поражения возникают при острых или хронических гнойно-септических заболеваниях уха, в основном – барабанной полости и ее структур.
Наиболее часто причиной их развития становятся хронический и острый средний отит, мезотимпанит, эпитимпанит, гнойный лабиринтит. (1,3,5)

Целью нашей работы был анализ проведенного лечения больных с отогенными внутричерепными осложнениями и разработка современной тактики ведения данной группы больных в условиях многопрофильного специализированного лечебного учреждения.

Материал и методы. За 2018 год в ГБУЗ ТО «ОКБ№2» в отоларингологическом отделении взрослого стационара находилось на лечении 300 пациентов с гнойными заболеваниями уха. У 16 пациентов при поступлении диагностированы внутричерепные осложнения. По характеру осложнений составили 62,5% менингит, 25% менингоэнцефалит, 6,2 % субдуральный абсцесс, 6,2% абсцесс мозжечка. Таким образом заболеваемость осложнениями составила 5,3 %. Умер 1 пациент, таким образом, летальность в группе внутричерепных осложнений составила 6,2%. Пациенты находились на лечении в возрасте от 27 до 82 лет. Средний возраст больных составил 45 лет. Средняя длительность лечения в стационаре составила 28 койко-дней. В группе умерших нахождение в стационаре в среднем составило 5 койко-дней. Все пациенты были доставлены в клинику по неотложным показаниям. Диагностика и лечение пациентов проводилась врачами отоларингологами, а также другими смежными специалистами в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации. Среднее время нахождения в реанимационном отделении данной группы пациентов составило от 3-8 койко-дня. Все пациенты доставлялись в стационар по ССМП в экстренном порядке.

При поступлении проводилось полное отоларингологическое и неврологическое обследование. Все пациенты были осмотрены офтальмологом, кардиологом, реаниматологом, нейрохирургом. Были выполнены лабораторные исследования крови, ликвора,

бактериологические исследования интраоперационно и в динамике. Наибольшую ценность в диагностике внутричерепных осложнений имеют лучевые методы диагностики — спиральная компьютерная томография (СКТ). Спиральную компьютерную томографию при подозрении на внутричерепные осложнения необходимо выполнять с обязательным ангиографическим исследованием, которое точно позволяет выявить наличие абсцесса. СКТ в данной группе больных проводится в динамике с интервалом в 5-7 дней. При крайне тяжелом состоянии больного пациента транспортируют в лучевую диагностику с мобильным аппаратом ИВЛ.

Целью хирургического лечения является устранение первичного гнойно-воспалительного очага (в нашем случае антромастоидотомия), декомпрессия головного мозга, вскрытие и дренирование абсцессов. Все пациенты взяты в экстренную операционную не позднее 3-х часов от момента поступления. Предоперационная подготовка направленна на стабилизацию витальных функций пациента. Пациент с абсцессом головного мозга был прооперирован совместно с нейрохирургами (1 пациент с абсцессом прооперирован после санации среднего уха и продолжал лечение в нейрохирургическом отделении).

Выводы. За последнее время имеется резкий рост заболеваний вторичными отогенными осложнениями. Своевременная и грамотная тактика ведения больных в начальном периоде лечения в большинстве случаев позволяет избежать летального исхода.

Список литературы

1. Бабияк, В.И. Клиническая оториноларингология: руководство для врачей / В.И. Бабияк., Я.А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 800 с
2. Косяков, С.Я. Отогенные внутричерепные осложнения: актуальные вопросы диагностики и лечения /С.Я. Косяков, Е.В. Носуля, Б. Перич // Вестн. оторинолар. – 2014. – № 1. – С. 64□69. 50.
3. Пальчун, Т.В. Очаговая инфекция и септические состояния в оториноларингологической практике / Т.В. Пальчун, А.В. Гуров // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – № 6. – С. 63-67.
4. Левин, Л.Т. Практическое руководство по хирургическим болезням уха и их оперативному лечению / Л.Т. Левин. – М. □ Л.: Госиздат,1928. – 608 с.
5. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии / Под ред. В.Т. Пальчуна, А.И. Крюкова, М.М. Магомедова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288 с. 102

ДЕТСКОЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЛОР-ПОМОЩИ ДЕТЯМ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузнецова Н.Е.[1], к.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, заведующая детским ЛОР-отделением
Кузнецова Т.Б. [2], студент педиатрического факультета ТюмГМУ
[1]ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмень
[2]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

Введение. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте являются одними из наиболее распространенных заболеваний и относятся к приоритетным проблемам современного здравоохранения. [1]. Оказание экстренной и плановой помощи детям с патологией лор-органов является одним из наиболее важных разделов современной оториноларингологии [2]. Детское лор-отделение развернуто в составе детского стационара ОКБ№2 с 01.01.1991, на основании приказа №172 от 19.01.91 г. по отделу здравоохранения г. Тюмени. Приказом № 130 от 31.01.91 г. «Об организации дежурств по оказанию детской отоларингологической помощи г. Тюмени». с 16.02.91г. введены экстренные дежурства по детской оториноларингологии. С 2004г отделение преобразовано в областное оториноларингологическое отделение на 30 коек, где оказывается помощь детям г. Тюмени, Тюменской области, включая ХМАО и ЯНАО, других регионов и стран. За последние десятилетия в нашей специальности произошли гигантские положительные сдвиги. Оториноларингология пополнилась не только новыми теоретическими знаниями в этиопатогенезе многих ЛОР-заболеваний, но и оснастилась новым оборудованием и инструментами, позволяющими проводить суперточные микрохирургические вмешательства [3].

Цель: изучить этапы и динамику развития детской оториноларингологической службы Тюменской области

Материал и методы. Для достижения поставленной цели был проведен анализ статистических отчетов работы детского оториноларингологического отделения за период 1991г-2018гг.

Результаты и обсуждения. Всего за прошедший период было пролечено 42 тысячи больных, им выполнено 35 тысяч операций. В структуре пролеченных больных 75 % составляет экстренная, 25%-плановая помощь. Среди общего количества операций – 22 тысячи выполнены в экстренном порядке,13 тысяч в плановом порядке. Организована служба оказания экстренной круглосуточной помощи детям с лор-патологией в порядке самообращения, доставкой машиной скорой помощи «СП», службой «МЧС», санавиацией, которую выполняют 2 дежурных оториноларинголога в оснащенном кабинете в составе приемно-диагностического отделения многопрофильного детского стационара ГБУЗ ТО ОКБ №2. Внедрено разделение потоков госпитализации плановых и экстренных больных в приемном отделении с переходом работы в электронной системе «1С». Обеспечена полная доступность медицинской помощи детям -срок ожидания плановой электронной очереди в амбулаторных условиях сокращен с 3-х до 1 месяца. Так, за период с 1991года по 2018гг поток обращений в приемное отделение вырос с 2000 человек до 18183 человек. Выросла интенсивность работы отделения, что отражается в следующих показателях: количество пролеченных больных в 1991году составило 1287человек, в 2018году- 1956 человек; оборот койки в 1991г-32.2 в 2018г-65; Средняя длительность пребывания больного на койке в 1991г-11.2, в 2018г-5.4;

Количество прооперированных детей в 1991г-635; в 2018г- 1612чел, проведено операций-1991г-635,2018г- 2192; из них экстренных – 457/1069, плановых 245/1123.Хирургическая активность выросла практически в 2 раза –в 1991г- 47,7,в 2018г-

82,4.Рост интенсивности работы отделения связан с оснащением отделения эндоскопической аппаратурой и освоением высокотехнологичных операций[5]. На вооружении в отделении имеется эндоскопическое хирургическое оборудование: два операционных микроскопа, один диагностический, видеофиброларингоскоп, 3 видеостойки, опорный ларингоскоп, радиохирургический аппарат «Сургитрон», шейвер, хирургические лазеры. Благодаря этому сократился период реабилитации пациента и сроки ожидания больными оперативного лечения с 3-х до 1 месяца. Детское оториноларингологическое отделение-площадка для проведения мастер-классов и научно-практических конференций областного, регионального и Российского уровня. Так за последний год проведены мастер-классы «Нейромониторинг лицевого нерва у детей», «Навигационная FESS-хирургия у детей», «Тимпанопластика со слухопротезированием». На протяжении последних 5 лет детские оториноларингологи имеют уникальную возможность обучения оторинохирургии с диссекцией на базе Федерального центра нейрохирургии г.Тюмени. Большое внимание уделяется научной работе, участию в региональных конференциях, съездах, симпозиумах, круглых столах. Врачами отделения опубликовано более 50 научных трудов, защищена кандидатская диссертация, получены авторские патенты и свидетельства на ряд технологий. Отделение является клинической базой Тюменского государственного медицинского университета, тесно сотрудничает с кафедрой ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней ТюмГМУ, профильной кафедрой РМАПО; ФНКЦО ФМБА России, НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, является клинической базой Тюменского государственного медицинского университета.

Выводы. 1. Внедрение эндоскопического оборудования повысило качество оказания медицинской помощи детям, повысило интенсивность лечения в условиях детского лор-отделения.

2. Развитие плановой эндоскопической хирургии позволило сократить сроки ожидания оперативного лечения и уменьшить период реабилитации.

3. Обеспечение доступности специализированной медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара является результатом многолетнего развития детской оториноларингологической службы в Тюменской области.

Список литературы:

1. Крюков А.И., Ивойвов А.Ю., Захарова А.Ф., Хамзалиева Р.Б. Структура заболеваемости детей с госпитальной патологией ЛОР-органов по результатам мониторинга детских стационаров Москвы//Вестник оториноларингологии. №4.2015. С.65-68.
2. Климова И.И., Мальков О.Ю. К вопросу организации ургентной оториноларингологической помощи детям в условиях крупного промышленного города//Детская оториноларингология. №4-2013-1.2014-С.17-18.
3. Алексеенко С.И. Этапы становления оториноларингологического отделения Детской городской больницы № 19 им. К. А. Раухфуса.// Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. № 1/2014. С.10-15.
4. Крюков А.И., Ивойвов А.Ю., Захарова А.Ф., Хамзалиева Р.Б. Структура заболеваемости детей с госпитальной патологией ЛОР-органов по результатам мониторинга детских стационаров Москвы//Вестник оториноларингологии. №4.2015. С.65-68.
5. Гуляева Л.В., Золотарева М.А.К юбилею детского оториноларингологического отделения Крымского республиканского учреждения «Детская клиническая больница» //Российская оториноларингология. №1(74).2015г.С.141-142.
6. Кузнецова Т.Б., Полев Г.А. Навигируемая FESS-хирургия у ребенка с муковисцидозом //Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. Сборник трудов. 2018.С.298-299

ОТОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Кузнецова Н.Е.[1], к.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, заведующая детским ЛОР-отделением
Синяков А.Ю.[1], врач –оториноларинголог
Вешкурцева И.М.[1], к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, врач-клинический фармаколог
Кузнецова Т.Б.[2] студент педиатрического факультета
[1]ГБУЗ ТО «ОКБ№2» г.Тюмень Россия
[2]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

Введение. В настоящее время отмечается увеличение частоты отогенных внутричерепных осложнений у детей [2]. Это связано не только с нарастанием вирулентности микрофлоры, активацией условно-патогенных микроорганизмов, но и с ростом их резистентности к стартовой антибактериальной терапии [1,4]. Патология среднего уха занимает одно из ведущих мест в статистике воспалительных заболеваний лор-органов как у детей, так и у взрослых [5]. Учитывая развитие данной патологии у всех возрастных групп, рост сопутствующих заболеваний, таких как аллергические риниты, экссудативные отиты, латентные мастоидиты, возрастает риск развития внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений отогенной этиологии [3]. Необходимость ранней диагностики, своевременного лечения, оказание специализированной медицинской помощи с междисциплинарным подходом позволит снизить процент инвалидизации и неблагоприятных исходов [6].

Цель – Изучить распространенность отогенных осложнений у детей по полу, возрасту нозологическим формам

Материалы и методы – выполнен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на лечение в детском лор-отделения ГБУЗ ТО ОКБ №2г. Тюмени в период с 2016-2018гг.

Результат и обсуждения. Всего за данный период было пролечено 5468человек. Из них с гнойной патологией среднего уха на лечении было 1023человека (18.7%). Количество пациентов с осложненными формами гнойного среднего отита —46человек, что составило 4.5% и 0.8% от общего количества пролеченных больных. Из них мальчиков было 30 (65%), девочки — 16 (35%). В возрастном аспекте дети разделились следующим образом: до 1года-3чел., (6.5%) от 1- 3лет-17чел., (37%)4-7 лет- 14чел., (30.4%),от 8-12 лет -6чел., (13%), старше 12 лет — 7чел. (13.5%). Отогенные осложнения представлены вне- и внутричерепными формами. Всего в 2016году было диагностировано18 человек, 2017 году-16чел, 2018году-16 человек. Экстракраниальные формы отогенных осложнений составили 80%(37чел), интракраниальные (внутричерепные) составили 20% (9чел). Среди экстакраниальных осложнений субпериостальный абсцесс зарегестрирован у 27детей (29%), периферический неврит лицевого нерва у 10 детей (22%). Интракраниальные (внутричерепные)осложнения представлены таким образом: абсцесс головного мозга у 2человек (0.09%), вторичный менингит-5 человек, тромбозы сосудов головного мозга у 6 человек (0).

Всем пациентам выполнялось КТ головы с внутривенным контрастированием, МРТ по показаниям, отомикроскопия под микроскопом Leica F12, экстренное оперативное лечение — расширенная антромастоидотомия под микроскопом Leica F40, парацентез (шунтирование) барабанных перепонок, дренирование абсцесса мозга по показаниям, вскрытие и дренирование сигмовидного синуса. В лекарственной терапии — антибиотики карбапенемы, защищенные аминопенициллины, цефалоспорины IV поколения. По показаниям гепаринотерапия (варфарин).

Результат – при анализе историй болезни осложненных форм среднего отита, детского лор отделения ГБУЗ ТО ОКБ №2, пациентам в 100% выполнено оперативное лечение, 2 пациента (2016г) и 1 пациент (2017г) оперированы нейрохирургами (дренирование абсцесса мозга). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Летальность, инвалидизация составила — 0%. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии для амбулаторного наблюдения. Пациентам с тромбозами сосудов головного мозга подобрана дозировка варфарина (под контролем МНО).

Выводы

1. Отогенные внутричерепные осложнения чаще встречаются у девочек (58.4%), в возрасте от 3 до 7 лет.
2. Среди внутричерепных отогенных осложнений преобладают тромбозы сосудов (0.35%) и абсцессы головного мозга различной локализации (0.09%).
3. Междисциплинарный подход при оказании своевременной специализированной помощи позволяет добиться стойкого выздоровления, избежать инвалидизации и неблагоприятных исходов.

Список литературы.

1. Вешкурцева И.М., КузнецоваН.Е., КолчановаМ.И. Оториногенные осложнения у детей: фармакологические аспекты терапии //Здоровье семьи - 21 век. 2016. № 1 (1). С. 16-23.
2. Древаль О.Н., Джинджихадзе Р.С., Шагинян Г.Г., Кузнецов А.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению абсцессов головного мозга, внутричерепных эпидуральных и субдуральных эмпием. М., 2015. 28 с.
3. Кривопалов А.А., Янов Ю.К., Щербук А.Ю., Щербук Ю.А., Рубин А.Н. Внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения отогенной этиологии// Вестник хирургии. 2017. №6. С 101.
4.Вешкурцева И.М., Кузнецова Н.Е., Баринов А.Л., Горлова Т.В., Мамедов Р.Р., Кузнецова Т.Б. Микробиоценоз и использование антибактериальных средств в детском оториноларингологическом отделении: есть ли связь?// Университетская медицина. 2018. №1. С19-21.
5. Кривопалов А.А., Янов Ю.К., Щербук А.Ю., Щербук Ю.А., Шамкина П.А. Особенности диагностики и лечения больных с отогенными венозными синус-тромбозами головного мозга// Вестник хирургии. 2018. №2. С 19.
6. Извин А.И., Вешкурцева И.М Кузнецова Н.Е. Системная антибактериальная терапия при отогенных и риногенных внутричерепных осложнениях у детей. // Российская оториноларингология. №2(87). 2017. С.-36-40

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ СЛУХОУЛУЧШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кузнецова Н.Е.[1], к.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, заведующая детским ЛОР-отделением
Кудымов С.А.[1], врач -оториноларинголог
[1]ГБУЗ ТО "ОКБ№2" г.Тюмень, Россия

Введение. Распространенность хронического гнойного среднего отита (ХГСО) во всем мире велика, болеет около 65-330 (1-4%) миллионов (млн) человек, из них 60% имеют значительное снижение слуха. Ежегодно в мире регистрируется 31 млн новых случаев ХГСО, в 22,6% это дети младше 5 лет. В 30% случаях на 10000 населения заболевание сопровождается снижением слуха. В России отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости ХГСО среди детского населения. Так, за последние 25 лет рост заболеваемости составил 1.3%[1]. По данным других авторов в структуре ЛОР–патологии детского возраста доля ХГСО составляет 2,1% для жителей города и 7,6% – для жителей села, в 70% случаев начинается в возрасте до 5 лет[3].Своевременное выполнение хирургических вмешательств является гарантом эффективного излечения среднего отита и восстановления слуховой функции [2,4,5]. Вопросы слухоулучшающих операций занимают ведущее место в современной детской отохирургии. Развитие этого направления в детском оториноларингологическом отделении позволит повысить качество жизни ребенка и дальнейшую социальную адаптацию в обществе.

Цель. Оценить результаты выполнения слухоулучшающих операций - тимпанопластики I типа у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на лечение в детском оториноларингологическом отделении ГБУЗ ТО ОКБ №2г. Тюмени в период с 2016 по 2018гг.

Результаты и их обсуждения. Всего было пролечено 5468 человек, из них 1975 человек (36%) с патологией уха, среди них 24(1.2%) пациента с хроническим туботимпанальным гнойным средним отитом, по поводу которого выполнена слухоулучшающая операция-тимпанопластика I типа по Wullstein. В возрастном аспекте дети были распределены следующим образом: с 5до 7 лет- 2 чел, 8-12лет- 15 чел, с 13-17лет- 7 чел., мальчиков было 17, девочек-7. При поступлении всем детям выполнен эндоскопический осмотр носоглотки, уха; проведено аудиологическое обследование слуха. По результатам аудиометрии в дооперационном периоде зарегестрирован средний костно-воздушный интервал (КВИ) на «речевых частотах» 29,6±1.05дБ. Всем детям под общим наркозом под контролем микроскопа «LEICA-F40» выполнена тимпанопластика I типа. В 83%(20человек) случаев закрытие дефекта барабанной перепонки выполнено аутотрансплантатом фасции височной мышцы, в16% (4)случаев-надхрящницей козелка ушной раковины. Все дети в послеоперационном периоде находились на стационарном лечение в течение 5-7дней. Удалением тампона осуществлялось на 21-е сутки. Контрольный осмотр под микроскопом с аудиометрией через 1-2месяца. В результате проведенного лечения были получены следующие результаты:

1. Анатомические результаты хирургического лечения детей через 1 месяц: приживление аутотрансплантата наблюдалось у 21чел(87.5%); отторжение у 3-х (12.5%)

Из 3-х человек отторжение в 1-м случае произошло на фоне отомикоза (плесневые грибы рода Aspergillus), во 2-м случае в результате травмы уха, в 3-м случае на фоне развития ОРВИ.

2. Функциональные результаты хирургического лечения детей через 2 месяца: средний костно-воздушный интервал (КВИ) на «речевых частотах» после операции составил

14±0.9дБ,средняя прибавка слуха составила 15,4±0.74 дБ

Выводы.

1. Эффективность тимпанопластики I типа у детей достаточно высока, средняя прибавка слуха составила 15,4±0.74 дБ.
2. Результатом слухоулучшающих операций явилось выздоровление в 87.5% случаев.
3. Развитие современных технологий в отохирургии повышает качество оказания детской оториноларингологической помощи в Тюменской области.

Список литературы

1. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., Дайняк Л.Б. Нарушение слуха у детей: эпидемиологическое исследование.// Вестник оториноларингологии. 2003. №6. С.7–10.
2. Извин А.И., Кузнецова Н. Е. Предоперационная подготовка детей с экссудативным средним отитом // Медицинская наука и образование УралаТ:12.№4(68). 2011.С135-136.
3. Семенов Ф.В., Хачак А.Х., Немцова С.В. Распространенность и особенности клинического течения хронического гнойного среднего отита Краснодарского края. //Российская оториноларингология. 2004. №5 (12). С.168–170.
4. Неъматов Ж.С., Аникин А.И., Комаров М.В, Мустивый И.Ф, Полшкова Л.В, Астащенко С.В. Причины неэффективности тимпанопластики по закрытому типу.//Российская оториноларингология. 2012. №2 (57). С.111.
5. Косяков С.Я. Избранные вопросы практической отохирургии. М.: МЦФЭР, 2012; 224 с.

ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ. ТРУДНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

Кузнецова Н.Е.[1],[2] к.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, заведующая детским ЛОР-отделением
Овечкин Е.В [2], врач-оториноларинголог
Овечкина К.С.[2], врач-оториноларинголог
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень
[2] ГБУЗ ТО "ОКБ№2" г.Тюмень, Россия

Введение: Патология гортани у детей является одной из самых сложных разделов хирургии детского возраста [1]. Причинами нарушения проходимости гортани и расстройства дыхания у детей могут быть как врожденные пороки развития, так и приобретенные стенозы гортани [2]. Рост числа детей с приобретенными стенозами гортани и врожденными пороками развития связаны, с одной стороны, со значительными успехами в их диагностики, а с другой – с увеличением числа детей, перенесших в неонатальном периоде интубацию трахеи. Врожденные пороки развития гортани включают в себя целый ряд состояний, проявляющихся симптомами нарушения дыхательной, фонаторной и разделительной функции гортани и проявляющиеся впервые как у новорожденных, так и у детей старшего возраста [3].

Цель работы: Изучить распространенность патологии гортани у детей.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с врожденной и приобретенной патологией гортани, находившихся на лечение в детском ЛОР-отделении областной клинической больницы №2 города Тюмени в период с 2013 по 2018 год

Результаты и их обсуждения. Всем детям при поступлении был проведен диагностический осмотр гортани с помощью гибкого видиофиброларингоскопа фирмы «Karl Stortz». Видеофиброларингоскопия проводилась как под местной, так и под общей анестезией в плановом и экстренном порядке. Всего в период с 2013 - 2018 гг. было обследовано и пролечено 80 детей. Среди обследованных было 23 мальчика и 25 девочек. В возрастном аспекте дети распределились следующим образом: в возрасте от 1суток до 1месяца -3человека, с 1месяца до 3х лет - 28 человек, с 4 до 7 лет – 8 человек и старше 8 лет - 9 человек. Распределение патологии гортани по нозологии было следующим образом: рецидивирующий респираторный папилломатоз гортани у 48 детей (60%), врожденный стридор -15чел (19%), врожденный стеноз гортани-3человека (4%),врожденная мембрана гортани -1чел. (1%), дисфония диагностирована у 13человек(16%). Дети с врожденным стенозом гортани были доставлены бригадой интенсивной терапии (БИТ) сразу после рождения с тяжелой дыхательной недостаточностью. В экстремальных условиях дежурной бригадой в составе реаниматолога-неонатолога, оториноларинголога на спонтанном дыхании выполнена экстренная трахеотомия; в одном случае выполнена интубация под контролем видеофиброларингоскопа. Новорожденному ребенку с врожденной мембраной потребовалось экстренное оперативное лечение в объеме эндоскопического рассечения мембраны голосовых складок. В число обследований вошли дети, которым неоднократно выполнялась эндоскопическая видеоларингоскопия при поступлении с рецидивом папилломатоза гортани.

Выводы:

1. Распространенность патологии гортани у детей составляет 5% от всего количества пролеченных детей с преимущественным преобладанием рецидивирующего респираторного папилломатоза гортани (60%)
2. Чаще болеют девочки младшего возраста до 3х лет.

3. Оказание своевременной высококвалифицированной помощи новорожденным детям с врожденной патологией гортани — залог благоприятного исхода заболевания.

Список литературы:

1. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
2. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К. Возрастные и этиологические аспекты приобретенного гортано-трахеального рубцового стеноза у детей//Вестн.оториноларингологии.-2002.-№2.С.24-27.
3. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. Издание 4-е., перераб., доп. – СПб. :Издательский дом МАПО, 2008. - 800 с.

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Мирошниченко Н.А.[1], д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии
Николаева Ю.О.[1], аспирант кафедры оториноларингологии
[1]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. С необходимостью лечения пациенток, страдающих острым риносинуситом во время беременности сталкивается не только врач-оториноларинголог, но также и акушер-гинекологи, терапевты. Частота риносинуситов у беременных по данным некоторых авторов достигает 16%, что в 2 раза выше, чем в среднем по популяции [1, 2]. Наибольшую трудность в лечение пациенток на разных сроках беременности представляет правильная и ранняя диагностика заболевания, контролируемое и обоснованное назначение антибактериальной терапии, своевременное назначение и выполнение процедур, позволяющих эффективно удалить патологическое содержимое из околоносовых пазух, а также меры по профилактике риносинуситов и предотвращению развития их осложнений [3, 4].

Целью нашей работы явилось составление алгоритма обследования и оптимального лечения острого риносинусита у пациенток на разных сроках беременности.

Нами было обследовано 30 пациенток, направленных терапевтом или акушер-гинекологом с диагнозом: «Острый риносинусит». Длительность заболевания на момент осмотра составила от 2 суток до 1 месяца. 18 (60%) пациенток считали себя больными менее 5 суток, 4(13%) пациентки – около 1 месяца.

На приеме в ходе обследования нами была выполнена эхосинусография для уточнения диагноза. В результате было подобрано лечение или проведена коррекция ранее назначенной терапии: 20 (67%) пациенткам была назначена активная комплексная местная терапия. В дальнейшем развитие бактериального риносинусита отмечено лишь у 2 (7%), остальные выздоровели без системной антибактериальной терапии. 5 (17%) больным, по показаниям, сразу выполнена лечебно-диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи, ещё 3 (10%) пункция была назначена из-за отсутствия улучшения самочувствия или при ухудшении состояния. У всех отмечена положительная динамика. Только 4 (13%) из тех, кому выполнялась пункция, была назначена системная антибактериальная терапия

Таким образом, результаты проведенной работы позволяют сделать вывод, что своевременное направление пациенток на разных сроках беременности с подозрением на острый риносинусит к оториноларингологу позволяет провести наиболее щадящее и эффективное обследование, которое позволит назначить соответствующую тяжести состояния терапию. Выполнение лечебно-диагностической пункции позволяет не только окончательно подтвердить или опровергнуть диагноз бактериального процесса, но также в большинстве случаев избежать назначения системной антибактериальной терапии, применение которой может негативно сказаться на течении беременности и состоянии плода.

Список литературы

1. Джаббарова Д.Р., Исматова К.А. Аспекты клинических проявлений риносинуситов у беременных.// Евразийский союз ученых. 2018; №2(47): С. 54-55.
2. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Ульянова Н.Ф., Пискун А.М. Эффективность и безопасность лечения респираторных инфекций у беременных.// Гинекология. 2002; №1(4): С. 16-21.
3. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А. Топические деконгестанты.//Журнал «Медсовет», № 12, 2018, с. 40-43.
4. Goldstein G., Govindaraj S. Rhinologic issues in pregnancy.// Allergy Rhinol (Providence). 2012; 3(1):e13–e15.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЭКТОМИИ

Мирошниченко Н.А.[1], д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии
Васильев М.М.[1], аспирант кафедры оториноларингологии
[1]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. В последние годы принципиально изменяются подходы ко многим проблемам в медицине, происходит переосмысление привычных установок и рекомендаций. Качество жизни после проведения оперативного лечения также все больше и больше становится важным критерием правильного лечения [1].

Хронический тонзиллит (ХТ) продолжает занимать одно из ведущих мест в общей структуре ЛОР-патологии. Диагностический алгоритм при ХТ является классикой, в нашей специальности он хрестоматиен, хотя все равно встречаются ошибки. А вот с лечением значительно более сложная ситуация. Не всегда оправдано длительное проведение консервативной терапии, либо проводится оперативное лечение по весьма условным показаниям [2].

Материалы и методы. Нами начато проведение анкетирования и обследования пациентов, перенесших тонзилэктомию. Пока под нашим наблюдением 45 больных. Операция была выполнена от 3 до 30 лет назад. Нами получены предварительные данные.

Результаты и обсуждения. Пациенты, которым удалены небные миндалины с диагнозом ХТ, токсико-аллергическая II - 27, более довольны выполнением радикального лечения, так как отмечают явное улучшение общего самочувствия. 13 больным, которых перед операцией, в основном беспокоило образование пробок в лакунах, наименее довольны качеством жизни, так как нет изменения общего самочувствия, явления фарингита не купированы. У 18 пациентов в миндаликовой нише осталось достаточно большое количество лимфоидной ткани в области нижнего полюса. Большинство это никак не беспокоит, у двоих возникли паратонзиллярные абсцессы. У одного через 3 года, у второго через 5 лет. Выполнено повторное хирургическое лечение с положительным эффектом.

Основными жалобами в отдаленном периоде после тонзилэктомии были сухость в горле (29 пациентов), першение (22), покашливание (14). Однако, данные жалобы были связаны с проявдениями хронического субатрофического или гранулезного фарингита. После проведения местного лечения, самочувствие улучшилось.

Выводы. Таким образом, выполнение тонзилэктомии по абсолютным показаниям значительно улучшает качество жизни пациентов. Жалобы, которые предъявляют больные и связывают их с проведением хирургического лечения, в большинстве случаев обусловлены проявлением хронического фарингита.

Список литературы.

1. Мирошниченко Н.А., Овчинников А.Ю. и др. Новые возможности терапии острого тонзиллофарингита.//Журнал «Лечебное дело», 2017, № 1, с. 70-78.
2. Овчинников А.Ю., Славский А.Н. и др. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // Медиц.реферат.журн. – Т.7. – 1999. – №7.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ В Г.ТЮМЕНИ ПО ДАННЫМ ОКБ№2

Ястремский А.П.[1], заведующий курсом ЛОР-болезней Тюменского ГМУ
Долгова С.Е., врач- оториноларинголог
Амосов О.И., врач-оториноларинголог
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Введение. Несмотря на достигнутые успехи современной медицины, до настоящего времени отмечается выраженная и стойкая тенденция к увеличению количества больных острыми заболеваниями глотки [1]. Такие заболевания как острый тонзиллит (ангина) и паратонзиллярный абсцесс (ПА) являются достаточно распространёнными заболеваниями в разделе данной патологии [2,3]. В РФ удельный вес паратонзиллярного абсцесса в структуре обращений за неотложной ЛОР-помощью составляет 1,3-3,8%. В последнее время отмечается тенденция к увеличению количества экстренных хирургических вмешательств по поводу данного заболевания [4].

Цель работы. Провести анализ заболеваемости ПА у взрослого населения по данным ОКБ №2 г.Тюмень.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 2578 законченных клинических случаев пациентов с диагнозом паратонзиллярный абсцесс (J36), по данным ГБУЗ ТО "ОКБ №2" за период с 01.01.2000г. по 31.12.2014г. Из результатов видно, что 2000 по 2003 год отмечалось значительное увеличение заболеваемостью данной патологией. В тоже время с 2004 по 2007 года заболеваемость оставалась примерно на одном уровне. Начиная с 2008 года отмечается стойкое снижение заболеваемости ПА включительно по 2014 год, возможно это связано с доступностью поликлинической помощи и хорошей работой оториноларингологов в поликлиниках, и своевременным обращением пациентов. По половым признакам пациенты распределились следующим образом: мужчин было 1582 человека, женщин – 996 (соотношение мужчин к женщинам 1,6: 1). Преобладающее количество случаев паратонзиллярного абсцесса приходится на возрастную группу 15-25 лет. В дальнейшем отмечается стойкое снижение заболеваемостью данной патологией в соответствии с увеличением возраста пациентов. Проведён анализ сезонности заболевания ПА по данным ОКБ №2 за текущий период времени. По полученным данным можно сделать вывод, что пик заболеваемости ПА приходится на конец лета, начало осени (август, сентябрь, октябрь). В зимний период и весной, заболеваемость ПА достоверно несколько ниже. Так же нами изучена частота осложненного течения ПА, которая составила 3,14% (81 человек), из них 3,7 % имели летальный исход. Доля оперативных вмешательств при лечении ПА в среднем составила 71%. Наибольшее количество оперативных вмешательств при вскрытии ПА, проводилось в 2004 (82%), 2007 (80%) годах. За остальные периоды времени процент хирургических вмешательств колеблется в пределах 60 – 75,2%, это говорит о том, что в лечении ПА используются преимущественно хирургические методы лечения.

Выводы.

1. С 2008 по 2014 года отмечается стойкое снижение заболеваемости ПА.
2. В соотношении полов мужчины болеют чаще на 0,6 раза в сравнении с женщинами.
3. Среди возрастных групп наибольший процент заболеваемости отмечен в группе от 15 до 25 лет (46,39%), что является важным медико-социальным аспектом данного заболевания, т.к. пациенты относятся к лицам молодого трудоспособного возраста.
4. В лечении ПА преимущественно используются хирургические методы лечения и процент хирургических вмешательств остаётся в среднем на одном уровне за все годы исследования.

Список литературы.

1. Пальчун, В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 288 с.
2. Извин А.И. Хронический тонзиллит и паратонзиллярный абсцесс / А.И. Извин. – Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2015. – 184 с.
3. Ястремский А.П., Извин А.И., Соколовский Н.С. Оценка значимости диагностических признаков острых заболеваний глотки при разработке экспертной системы портретным методом// Медицинская наука и образование Урала. – 2016. – Т. 17. - № 2 (86). – С. 168-172.
4. Носуля Е.В. Паратонзиллит // Вестник оторинолар. – 2013. – № 3. – С. 65 – 70.

ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ

Савельева Е.Е.[1], д.м.н., зав. кафедрой оториноларингологии с курсом ИДПО
[1]ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Введение. Согласно современным исследованиям ранняя диагностика слуховых расстройств и последующая адекватная реабилитация способны предупредить нарушения речи у ребенка и развития других высших психических функций [1,2,3].

Цель-оценить результаты диагностики реабилитации детей с нарушением слуха.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование и электроакустическая коррекция и реабилитация 407 детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, страдающих тугоухостью или глухотой. Исследование включало: сбор жалоб, анамнеза, клинический осмотр ЛОР-органов, проведение импедансометрии, регистрацию ЗВ ОАЭ и ПИ ОАЭ, регистрацию различных классов КСВП и ASSR. Качество реабилитации оценивалось на основании слухового и речевого развития ребенка, динамического тестирования ребенка сурдопедагогом, международных оценочных анкет.

Результаты и их обсуждение. Наиболее чувствительным (Se=100%) и специфичным (Sp=98,3%) методом диагностики уровня слуха детей являлась регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) ствола мозга. Предложенный нами модифицированный способ проведения исследования для оценки слуховой функции у детей раннего возраста (патент РФ № 2481788 от 5.03.2013) с применением частотно-специфических LS-chirp-КСВП позволил получить высокую корреляцию полученных частотных порогов слуха с психоакустическими порогами. Пороги слуха, измеренные предложенным способом с использованием LS-chirp стимулов, имели достоверно меньшую разницу с психоакустическими порогами на основных речевых частотах, чем пороги, измеренные с помощью стандартных мульти-ASSR ($p<0,001$).Резонансные характеристики детского уха отличаются от характеристик взрослых людей, что необходимо учитывать при выборе параметров электроакустической коррекции слуха. Наиболее значимыми факторами, влияющими на слухоречевое развитие детей, являлись: правильность выбора параметров слухового аппарата(СА), адекватность его настройки, степень тугоухости, своевременность электроакустической коррекции слуха и кохлеарной имплантации (КИ). Наилучшие результаты слухоречевого развития ребенка мы наблюдали при раннем выявлении тугоухости (до 3-6 месяцев жизни), раннем слухопротезировании (до 6-12 месяцев), адекватном выборе параметров СА, индивидуальной настройке СА с учетом резонансных особенностей детского уха, а также верификацией настроек с участием сурдопедагога и регулярных занятиях с ним. У детей с врожденными аномалиями развития наружного и среднего уха наилучшие результаты речевого развития наблюдались при использовании СА костной проводимости (ВАНА, Альфа, ВНМ). Наилучшие результаты речевого развития у детей после КИ наблюдались при: регулярной проверке настроек процессора (3-4 раза в год); регулярном наблюдении за развитием речи и достаточности сурдопедагогической помощи. Наилучшие результаты показывали дети, прооперированные в младшем дошкольном возрасте с достаточными показателями интеллектуального развития, хорошей мотивацией родителей, регулярно занимающиеся со специалистами (сурдопедагог, логопед, психолог).

Вывод: Раннее выявление нарушения слуха и комплексная реабилитация ребенка позволяют детям с тугоухостью и глухотой иметь хороший уровень речевого развития и способствуют социальной интеграции ребенка.

Литература.

1. Альтман, Я.А. Руководство по аудиологии / Я.А. Альтман, Г.А. Таварткиладзе. – М.: ДМК Пресс, 2003. – 360 с.
2. Madell, J.R. Pediatric audiology. Diagnosis, technology, and management / J.R. Madell, C. Flexer. – N.Y.: Thieme, 2008. – 352 p.
3. Hall, W.J. Handbook of auditory evoked responses / W.J. Hall. – Allyn and Bacon Publ., 2006. – 736 p.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕИНВАЗИВНЫХ ФОРМ ГРИБКОВЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ С ПОЛИПОЗОМ

Савельева Е.Е. [1], д.м.н., заведующая кафедрой оториноларингологии БГМУ,
Пестова Р.М.[1,2], ассистент кафедры, врач оториноларинголог ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова,
Перникова Ю.Б.[2], врач-рентгенолог отделения компьютерной и магнитно-резонансной томографии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
[1]Кафедра оториноларингологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа;
[2]Отделение компьютерной и магнитно-резонансной томографии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа

Введение. В практике оториноларинголога нередко встречаются особые формы хронических риносинуситов (ХРС), например, такие как назальные микозы (НМ), которые вызываются грибковой флорой и составляют примерно 14% от всех грибковых заболеваний ЛОР–органов [1]. Различают инвазивные и неинвазивные формы НМ [2]. Примером последних являются грибковое тело, или мицетома, и грибковый аллергический риносинусит (ГАР).

Цель – изучить при КТ-исследовании особенности неинвазивных форм грибковых хронических риносинуситов, сопровождающихся ростом полипов.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ 464 пациентов с ХРС, из них 116 пациентов с полипозным риносинуситом и 56 – с грибковым. Всем пациентам помимо рутинного обследования проводились эндоскопический осмотр носа и околоносовых пазух (ОНП), компьютерная томография (КТ) носа и ОНП, лабораторные методы исследования и обязательное гистологическое исследование. Для сравнительного анализа был использован критерий Пирсона.

Результаты и их обсуждения. За 2017 год в ЛОР-отделении РКБ им. Куватова были пролечены 464 пациента с различными формами ХРС, из них 12% с грибковыми синуситами. Среди НМ встречались только неинвазивные формы, среди которых аллергический грибковый синусит составил 27%, а грибковое тело - 73%. При КТ-исследовании нами были выявлены основные рентгенологические особенности неинвазивных форм грибковых синуситов, сопровождающиеся ростом полипов. Характерной особенностью данных форм микоза является слизисто-надкостничное утолщение стенок пазух вплоть до гиперостоза. Гиперостоз стенок пораженных пазух при КТ-исследовании встречался в 95% случаев. Мы выявили, что процент гиперостоза достоверно выше при НМ в отличие от гнойных форм ХРС, где гиперостоз встречался лишь в 34% случаев ($p<0,05$; $\chi2=12.22$). Полагают, что данный признак является проявлением асептического остеита [3,4,5]. Также при КТ-исследовании в пазухах на фоне неоднородного мягкотканного компонента, выявлялись округлые или кольцевидные очажки уплотнения, обусловленные обызвествлениями, характерными для грибковой инфекции [6]. ГАР отличает от мицетомы наличие диффузного уплотнения, тогда как при грибковом теле отмечается высокоплотное, компактное образование, что согласуется с данными литературы [7].

Таким образом, можно сделать **вывод**, что характерными рентгенологическими признаками неинвазивных форм грибковых хронических риносинуситов на компьютерной томографии носа и ОНП, сопровождающихся ростом полипов, являются слизисто-надкостничное утолщение стенок пазух вплоть до гиперостоза и наличие в пазухах на фоне неоднородного мягкотканного компонента округлых или кольцевидных очагов уплотнения.

Литература.

1. Пискунов Г.З. Полипозный риносинусит. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
2. Лопатин А.С. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения: учебное пособие. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011
3. Marfani MS, Jawaid MA, Shaikh SM, Thaheem K. Allergic fungal rhinosinusitis with skull base and orbital erosion. J Laryngol Otol. 2010; 124:161–165. Doi: 10.1017/S0022215109991253
4. Guy A.Settipane, Valerie J.Lund, eds. Nasal polyps: epidemiology, pathogenesis and treatment. Oceanside Publications, Inc. Providence, Rhode Island; 1997. P.190.
5. Арефьева Н.А, Вишняков В.В., Иванченко О.А. и др. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения: (клинические рекомендации) / под ред. А.С. Лопатина. М: Практическая медицина, 2014.
6. Брукс Ш.Л., Лючия Х. С. Севиданес, Жуан Роберто Гонсалвес Ж.Р. и др. Конусно-лучевая компьютерная томография: прикладное использование в стоматологии и смежных областях медицины / под ред. Дэвида Сармента. М.: ТАРКОММ; 2016.
7. Эрвин А. Дюннебир. Лучевая диагностика. Оториноларингология. М.: МЕДпресс-информ; 2013.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Попов И.Б.[2], генеральный директор, Тюмень
Щербаков Д.А.[1], д.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней, руководитель Учебного центра АО МСЧ «Нефтяник»
Тырык О.Б.[2], врач-оториноларинголог
[1]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень
[2]АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия

Введение. Несмотря на долгую историю изучения проблема лечения хронического полипозного риносинусита (ХПРС) остается актуальной. В основе заболевания лежит хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП), характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, преимущественно из отечной ткани, инфильтрированной эозинофилами или нейтрофилами [1]. Сложность лечения состоит в том, что патогенез заболевания до сих пор неизвестен. В настоящее время Европейское общество ринологов выделяет 4 ведущих механизма в развитии хронического полипозного риносинусита: мукоцилиарная дисфункция, межэпителиальные нарушения, микробиом, филогенез [2]. Другой проблемой является высокий процент рецидивов роста полипов после монохирургии, который, по данным разных авторов, достигает 60-80% [4]. С учетом того, что наблюдается тенденция к росту в популяции, поиск эффективной комбинированной и патогенетически обоснованной терапии является необходимым.

Цель исследования – оценить эффективность лечения пациентов с ХПРС путем применения комбинированной терапии, включающей: эндоскопическую шейверную инфундибулотомию с интраоперационным введением в верхнечелюстную пазуху 3 мл раствора N-ацетилцистеина и назначение в послеоперационном периоде N-ацетилцистеина 600 мг 1 раз в сутки утром, курс 6 месяцев.

Материалы и методы. В рамках исследования проведен сравнительный анализ клинической эффективности лечения ХПРС и профилактики рецидива заболевания 98 больных, из них 46 женщин и 52 мужчин, в возрасте от 18 до 62 лет. Опытную группу составили 50 человек, 28 мужчин и 22 женщины, в возрасте от 26 до 62 лет, средний возраст 42,68 лет; контрольная группа состояла из 48 человек, 24 мужчины и 24 женщины, в возрасте от 18 до 54 лет, средний возраст 39,67 лет. Критерием включения в обоих группах были наличие жалоб по данным SNOT-22 от 45 до 100 баллов, распространение патологического процесса по данным МСКТ околоносовых пазух: шкала Lund-Mackay от 12 до 24 баллов. Критериями исключения пациентов из исследования явились одонтогенные гаймориты, новообразования околоносовых пазух. В опытной группе проводилось хирургическое лечение в соответствие с принципами FESS с интраоперационным введением 3 мл (=300 мг) N-ацетилцистеина. В послеоперационном периоде N-ацетилцистеин назначался внутрь в дозировке 600 мг в сочетании с препаратом мометазона фуроата интраназально по 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в день; курс лечения обоими препаратами составлял 6 месяцев. Пациентам контрольной группы проводилось аналогическое хирургическое лечение с назначением в послеоперационном периоде мометазона фуроата интраназально по 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в день в течение 6 месяцев.

Результаты. На контрольной явке через 6 месяцев получены следующие результаты: пациенты опытной группы жалоб не предъявляли. По данным теста SNOT-22 отмечается улучшение качества жизни пациентов: количество баллов варьировалось от 0 до 9. По

результатам МСКТ околоносовых пазух полипозные разрастания не были обнаружены. Шкала Lund-Mackay составила — 5±2,2 балла.

Пациенты контрольной группы отмечали различной степени выраженности затруднение носового дыхания, что отражается в данных теста SNOT-22 – количество баллов варьировалось от 6 до 16. Анализируя результаты контрольной МСКТ околоносовых пазух, используя шкалу Lund-Mackay, выраженность патологического процесса составила 11±1,6 баллов.

Выводы. Сравнительный анализ показал, что длительное применение ацетилцистеина при хроническом гнойно-полипозном риносинусите повышает эффективность хирургического лечения, снижает частоту рецидивов, а также способствует улучшению общего состояния больных. Это связано с прямым муколитическим действием препарата, что особенно актуально при условии мукоцилиарной недостаточности у пациентов с ХПРС. Также лекарственное вещество обладает выраженной антиоксидантной активностью за счет наличия SH-группы и активации глутатиона [4]. Таким образом, применение ацетилцистеина улучшает мукоцилиарный клиренс, что является патогенетически обоснованным, и может рассматриваться как терапия выбора при комбинированном лечении данной группы пациентов.

Список литературы:

1. Ялымова Д.Л. Полипозный риносинусит: современный подход к лечению / Д.Л. Ялымова, В.В. Вишняков, И.В. Сосновская // Consilium medicum. 2014; 16(11). С. 69-72.
2. Красножен В.Н. и др. ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОДИНАМИКА ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 73-79.
3. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. Rhinol Suppl. 2012; 50 (23): 1-298.
4. Щербаков Д. А. Двусторонняя аплазия верхнечелюстных пазух и крючковидных отростков решетчатой кости //Российская ринология. – 2015. – Т. 23. – №. 2. – С. 43-46.
5. Non-surgical management of chronic rhinosinusitis with nasal polyps based on clinical-cytological grading: a precision medicine-based approach / W. Rhoda W [et. al.] // Acta Otorhinolaryngologica Italica. 2017. 37. P. 38-45.
6. Красножен В.Н., Щербаков Д.А. Околоносовые пазухи как депо оксида азота //Практическая медицина. – 2015. – №. 2-2 (87).
7. Кунельская Н.Л., Туровский А.Б., Царапкин Г.Ю., Колбанова И.Г., Изотова Г.Н. Муколитическая терапия острых и хронических риносинуситов. Медицинский совет. 2015; 3: 12-17.
8. Щербаков Д.А. Вариантная анатомия верхнечелюстной пазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D //Морфология. – 2014. – Т. 145. – №. 1. – С. 43-46.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА С ГЕНТАМИЦИНОМ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Бухарова К.П.[1], Раемгулов Р.А.[2], Дюкова И.А.[3]
[1]*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, кафедра ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней*
[2] *ООО «НЕЙРО-ПРАКТИКА»*
[3] *АО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень, Россия*

Введение. Болезнь Меньера (БМ) относится к относительно редкой патологии. Тем не менее, в 8-30% случаев головокружения периферического характера обусловлены БМ, а в структуре всех больных кохлеовестибулярными нарушениями различного генеза пациенты с классической БМ составляют около 20%. БМ, учитывая её симптомы и течение, существенным образом нарушает качество жизни пациента, снижая его трудоспособность.

Известно, что интратимпанальное введение гентамицина даёт положительный результат [1, 2]. Терапевтическое действие гентамицина основано на ототоксическом эффекте, что в 20% случаев приводит к снижению функции слуха. Метилпреднизолон не влияет на функцию слуха, однако, в Российской литературе не встречаются клинические исследования о сравнении интратимпанального введения метилпреднизолона или гентамицина. Несмотря на то, что данная тема широко обсуждается зарубежом [5].

Цель исследования. Сравнить эффективность интратимпанального введения метилпреднизалона с введением гентамицина при болезни Меньера.

Материалы и методы. Данное исследование проведено на базе: 1 оториноларингологическое отделение стационара АО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) с 2015 по 2018 гг. В исследование были включены пациенты в возрасте 18-70 лет, с болезнью Меньера, у всех пациентов, включенных в исследование, наблюдалось как минимум два эпизода системного головокружения, по продолжительности более 20 минут в течении последних 6 месяцев, без эффекта от стандартной терапии (бессолевая диета, таб. бетагистин 24мг 2 раза в день, ацетазоламид 250 мг 2 раза в день).

Результаты. Для постановки диагноза использовались критерии разработанные Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи (AAO-HNS). Критерии исключения двусторонняя болезнь Меньера, дополнительные нейро-отологические нарушения (вестибулярная мигрень, вертебро-базилярные транзиторные ишемические атаки, акустическая невринома), заболевания среднего уха, непереносимость гентамицина или стероидов, почечная недостаточность [4]. Пациенты были рандомизированно разделены (1:1) на 16 человек получающих метипреднизолон в дозировке 62,5 мг/мл и 16 человек получающих гентамицин в дозировке 40 мг/мл.

Пациентам рекомендовали не изменять лечение пероральными препаратами и диету.

Эпизоды головокружения оценивали по результатам сравнения количеств атак головокружения за последние 6 месяцев (через 18-24 месяца после первой инъекции) с количеством эпизодов головокружения за 6 месяцев до первой инъекции [3]. Результаты оценивали до лечения и через 6, 18 и 24 месяца по шкале оценки головокружения (ШОГ)

(Dizziness Handicap Inventory (DHI)) [6]. Был проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов 1-й и 2-й групп. Статистическую обработку осуществляли с помощью программы Microsoft Office Excel 2016.

Выводы. Проведенный анализ по результатам шкалы оценки головокружения, показывает, что в исследуемой__ группе пациентов, получавших метилпреднизалон, удалось достичь значительно большего снижения частоты эпизодов головокружения 91,56%, у

пациентов которым вводили гентамицин 69,81%. У 12 (75%) пациентов в группе, получавшей метилпреднизолон, и 8 (50%) не было атак головокружения через 18 и 24 месяца после первой инъекции препаратов. Таким образом, введение метилпреднизолона может иметь положительное влияние на слуховую функцию и уменьшение количества приступов при болезни Меньера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко Н.В. Современные проблемы болезни Меньера / Бойко Н.В., Кунельская Н.Л. // Вестник оториноларингологии. –2016. – № 5 (21). – С. 89-93.
2. Зайцева Р.В. Болезнь Меньера: в помощь практическому врачу / Зайцева Р. В. // РМЖ. – 2016. – № 21 (24). – С. 1421-1425.
3. Замерград М.В. Периферические вестибулярные расстройства в амбулаторной практике / Замерград М.В., Парфенов В.А., Морозова С.В., Мельников О.А., Антоненко Л.М. // Вестник оториноларингологии. – 2017. – № 1 (82). – С. 30-33.
4. Щербаков Д.А. Актуальные аспекты лечения пациентов с острой нейросенсорной тугоухостью / Щербаков Д.А., Дюкова И.А., Екимова А.Е. // Университетская медицина Урала. – 2017. – № 3 (10). – С. 46-48.
5. Deenadayal D.S. Role of Intratympanic Steroids in the Management of Meniere's Disease A Review of 151 Cases / Deenadayal D.S., Vidyasagar D., Vyshanavi Bommakanti, Karuna Goel, Nabeelah Naeem // International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2016. – 2 (5): 108-113.
6. Jacobson G.P. The development of the Dizziness Handicap Inventory / Jacobson G.P, Newman C.W // Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 1990. – 116 (4): 424-427.

Областная научно-практическая конференция «Перспективы развития оториноларингологии в Тюменской области» (Тюмень, 5-6 Апреля 2019 г.)

Сборник тезисов конференции издан в авторской редакции

Главный редактор – Кирсанов К.А.

Вёрстка – Кирсанов К.К.

Ответственный за выпуск - Алимова Н.К.

Научное издание

Системные требования:
Системные требования: IBM PC с процессором Pentioum 2; ОЗУ 128 Мб; операц. система Windows XP; программа Adobe PDF Reader; CD-ROM дисковод, мышь.

Режим доступа: http://izd-mn.com/PDF/05MNNPK19.pdf, свободный. – Загл. с экрана. - Яз. рус., англ.

ООО «Издательство «Мир науки»

«Publishing company «World of science», LLC

Адрес:

Юридический адрес — 127055, г. Москва, пер. Порядковый, д. 21, офис 401.

Почтовый адрес — 127055, г. Москва, пер. Порядковый, д. 21, офис 401.

http://izd-mn.com

ДАННОЕ ИЗДАНИЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ