2019

Научно-практическая конференция

«Современные аспекты хирургии головы и шеи»

(Тюмень, 20-21 сентября 2019 г.)

Материалы конференции

УДК 616
ББК 56.8
Н 346

Н 346 Научно-практическая конференция «Современные аспекты хирургии головы и шеи» (Тюмень, 20-21 сентября 2019г.) Материалы научно-практической конференции – М.: Мир науки, 2019.– Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/34MNNPK19.pdf — Загл. с экрана.

ISBN 978-5-6043306-4-7

На научно-практической конференции «Современные аспекты хирургии головы и шеи» 20-21 сентября 2019 г. были представлены научные труды специалистов оториноларингологов, онкологов, нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов и специалистов смежных специальностей по актуальным вопросам и проблемам современной хирургии головы и шеи. Данная конференция организована Тюменским государственным медицинском университетом.

Председатель – Щербаков Дмитрий Александрович – д.м.н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области.

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 978-5-6043306-4-7

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

Оглавление

1. **Щербаков Д. А., Симонов А. В., Екимова А. Е., Кротова А. С.**
Изучение эмбриогенеза слезоотводящих путей на 4-18 неделе развития..... 6

2. **Гильфанов Р. Н., Рудзевич А. В., Гильфанова Е. А., Смагина И. С.**
Редкий клинический случай сочетания гранулематоза Вегенера и искривления носовой перегородки..... 8

3. **Кузнецова Н. Е., Вешкурцева И. М., Кузнецова Т. Б.**
Возрастные и гендерные особенности отитов и мастоидитов у детей..... 10

4. **Кузнецова Н. Е., Ракитина О. В., Вешкурцева И. М., Кузнецова Т. Б.**
Распространенность паратонзиллярных абсцессов у детей на современном этапе..... 12

5. **Лутовинин Р. В., Ощепков В. Н., Дьяков И. М., Зотов П. Б.**
Регионарная внутриартериальная химиотерапия в комплексном лечении злокачественных новообразований области головы и шеи..... 14

6. **Кузнецова Н. Е., Синяков А. Ю., Вешкурцева И. М., Кузнецова Т. Б.**
Характер внутричерепных осложнений при гнойно-воспилительной патологии уха у детей..... 17

7. **Щербаков Д. А., Кокарева В. В., Черемных Н. И.**
CFD-моделирование аэродинамики при перфорации перегородки носа..... 19

8. **Кузнецова Н. Е., Мамедов Р. Р.**
Микробиота носоглотки детского возраста..... 21

9. **Сельский Н. Е., Трохалин А. В., Мусина Л. А., Коротик И. О.**
Реконструкция альвеолярной части нижней челюсти комбинированными ауто-аллогенными трансплантатами..... 23

10. **Щербаков Д. А., Попов И. Б., Тырык О. Б., Кокарева В. В.**
Частота и факторы риска повторных оперативных вмешательств у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом..... 25

11. **Щербаков Д. А., Кротова А. С.**
Модификация инфратурбинального доступа к верхнечелюстной пазухе..... 27

12. **Шубина Ю. А., Лутовинин Р. В.**
Реконструктивно-пластическая хирургия послеоперационных дефектов области головы и шеи в онкологии..... 29

13. **Щербаков Д. А., Попов И. Б., Тырык О. Б., Кокарева В. В.**
Анализ качества жизни пациентов с полипозным риносинусинутом..... 31

14. **Щербаков Д. А., Кротова А. С., Екимова А. Е.**
Наш опыт применения баллонной дакриопластики..... 33

15. **Вешкурцева И. М., Рудзевич А. В., Ребятникова М. А., Смагина И. С., Кузнецова Н. Е., Кузнецова Т. Б.**
Антитромботическая терапия как фактор риска носовых кровотечений..... 35

16. **Щербаков Д. А., Тырык О. Б., Кокарева В. В.**
Особенности диагностики мукоцилиарной функции с помощью сахаринового теста..... 38

17. **Щербаков Д. А., Бухарова К.П.**
Сравнение эффективности интратимпанального введения метилпреднизолона с гентамицином при болезни Меньера..... 40

18. **Щербаков Д. А., Попов И. Б., Тырык О. Б., Кокарева В. В.**
Информативность исследования микрофлоры полости носа у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом..... 42

19. **Щербаков Д. А., Попов И. Б., Кротова А. С., Малышева Т. Ю., Русинов Д. А.**
Диагностическая значимость конусно – лучевой компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерной томографии и магнитно – резонансной томографии в диагностике грибкового тела околоносовых пазух..... 44

20. **Кириченко И. М., Попадюк В. И.**
Фиброзная дисплазия основания черепа, клиническое наблюдение..... 46

21. **Щербаков Д. А., Бухарова К. П.**
Наш опыт эндоскопической эндоуральной стапедопластики..... 48

22. **Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Полев Г. А., Фролов С. В.**
Хирургическое лечение ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа..... 50

23. **Щербаков Д. А., Попов И. Б., Кротова А. С., Соловьева А. А.**
Опыт аппликационного способа применения митомицина-с после реоперационной эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии..... 52

24. **Щербаков Д. А., Кротова А. С., Екимова Е. А., Захарова А. Н., Тезикова В. Н.**
Принципы лечения пациентов с эпифорой..... 55

25. **Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Полев Г. А., Бабаскина Н. В., Калинина М. П., Фролов С. В.**
Опыт хирургии внеорганных опухолей шеи у детей..... 57

26. **Щербаков Д. А., Симонов А. В., Кротова А. С., Екимова А. Е.**
Вариантная анатомия расположения носослезного канала у жителей тюменской области..... 60

27. **Сельский Н. Е., Коротик И. О., Трохалин А. В.**
Альтернативные способы реконструкции челюстно-лицевой области..... 62

28. **Щербаков Д.А., Кротова А. С., Екимова А. Е., Черемных Н. И.**
CFD-моделирование воздушных потоков при хирургии верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход..... 65

29. **Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Полев Г. А., Самарин А. Е., Фролов С. В.**
Комбинированные трансбазальные и трансназальные эндоскопические доступы в хирургии основания черепа у детей..... 67

30. **Лутовинин Р.В., Шубина Ю.А.**
Клинический случай оперативного лечения саркомы мягких тканей головы с деструкцией костей черепа и интракраниальным прорастанием..... 70

31. **Щербаков Д. А., Малышева Т. Ю., Русинов Д. А., Черемных Н. И.**
Гипердиагностика при МРТ височной кости..... 72

32. **Щербаков Д. А., Мусина Л. Н., Русинов Д. А.**
Наш первый опыт скуловой дентальной имплантации..... 74

33. **Решетов И. В., Щербаков Д. А., Пряников П. Д., Попов И. Б., Пономарев А. В.**
Наш первый опыт робот-ассистированной тонзиллэктомии..... 76

34. **Волгарева Е. А., Корнилаева Г. Г., Корнилаева М. П., Мударисова И. Т.**
Возможности ультразвуковой диагностики при орбитальном болевом синдроме..... 78

35. **Галияхметов Р. Ф., Кадыров Р. З., Дусалимова А. М.**
Диспергированные биоматериалы аллоплант в комплексной реабилитации больных после выполнения высокотехнологичных операций..... 80

36. **Гарипова Г. И., Кадыров Р. З., Галияхметов Р. Ф.**
Применение диспергированного биоматериала аллоплант при хирургическом лечении наследственных дистрофий роговицы..... 82

37. **Кадыров Р. З., Карачурина И. Р.**
Кольцевидная пластика конъюнктивы биоматериалом аллоплант при конъюнктивализации роговицы..... 84

38. **Полякова Е. Ю., Корнилаева Г. Г.**
Наш опыт хирургического лечения посттравматической глаукомы у детей..... 86

39. **Хасанов Р. А., Шангина О. Р.**
Медико-биологические аспекты структурной модификации соединительнотканных трансплантатов..... 88

Изучение эмбриогенеза слезоотводящих путей на 4-18 неделе развития

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Симонов А. В.[2] – к. м. н., заведующий отделением онкоморфологии и высокотехнологичных методов диагностики патологоанатомического бюро ГАУЗ ТО «Многопрофильный медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень.

Кротова А. С. [3] – врач отделения оториноларингологии, a.shrubchenko@mail.ru.

Екимова А. Е.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, nastasiaekimova@gmail.com.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2]ГАУЗ ТО «Многопрофильный медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень.

[3] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. Исследование эмбриогенеза головы человека представляет значительный научный и практический интерес [1-4]. Врожденная патология слезоотводящих путей (СОП) выявляется примерно в 20% случаев у детей первого года жизни [5].

Цель исследования. Изучить особенности развития слезоотводящих путей.

Материалы и методы. На первом этапе проводились морфологические исследования. Проведено исследование 86 эмбрионов человека в разные сроки беременности:

А) в сроке 4-5 недель 23 эмбриона;

Б) в сроке 7-11 недель 47 эмбрионов;

В) в сроке 12-18 недель 6 плодов.

На втором этапе проводилось иммуногистохимическое исследование для выявления сроков хондрогенеза стенок носослезного канала путем определения гена Sox9, отвечающего за экспрессию хондроцитов.

Результаты и их обсуждение. По данным световой микроскопии стеклопрепаратов эмбрионов человека с 4 по 18 неделю беременности выявлены следующие закономерности развития слезоотводящих путей.

На 4-5 неделе эмбриогенеза – идентифицируется между латеральным и верхнечелюстным отростками слезный шнур. Седьмая неделя гестации –к полости носа косо в каудо-вентро-медиальном направлении идет слезный шнур. Он расположен сбоку от хрящевой капсулы, латерально и книзу от пластинки нижнего носового хода. На 8-й неделе – клетки слезного шнура начинают сгущаться по периферии и более свободно организовываться внутри, но в нем еще нет просвета. На 9 и 10-й неделях– формируется просвет в слезном шнуре (истинный носослезный канал). Каудальный край носослезного канала соединяется с пластинкой нижнего носового хода. К 17-18 неделям визуализируются слезные канальцы. В микропрепаратах на 7 неделе эмбриогенеза выявлены очаги хондрогенеза в стенке носослезного канала, расположенные на границе с хрящевой капсулой носа.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об участии хондроцитов хрящевой капсулы носа в развитии стенок носослезного канала.

Список литературы.

1. Щербаков Д.А. Восстановление опорных структур риноорбитального комплекса с использованием аллотрансплантатов. Вестник Оренбурского государственного университета. 2013. №4 (153). С 318-323.

2. Adam J. Cohen, Michael Mercandetti, Brian G. Brazzo The lacrimal system. Diagnosis, management and surgery. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2015. P. 35-42

3. Bingham B. et al. The Embryonic Development of the Lateral Nasal Wall From 8 to 24 Weeks. The Laryngoscope. September 1991. P. 992-997

4. Livio Presutti, Francesco Mattioli Endoscopic Surgery of the Lacrimal Drainage System. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2016. P. 23-26

5. Mohammad Javed Ali Principles and Practice of Lacrimal Surgery. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2015. P. 9-14.

Редкий клинический случай сочетания гранулематоза Вегенера и искривления носовой перегородки

Гильфанов Р. Н.[1] – врач отделения оториноларингологии, renglig@mail.ru.
Рудзевич А. В.[1] – ассистент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России заведующий взрослым отделением оториноларингологии ГБУЗ ТО ОКБ № 2, rudzevich.1@yandex.ru.
Гильфанова Е. А.[1] – врач отделения оториноларингологии.
Смагина И. С.[1] – врач отделения оториноларингологии, i.smagina@mail.ru.
[1]ГБУЗ ТО ОКБ № 2.
[2]ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

Введение. Порой из-за рутинной работы, врачи любой специальности забывают о редких заболеваниях. Особенно, если их частота составляет не более 50 заболевших на 1млн (с подобным возможно и не столкнуться лицом к лицу за всю свою врачебную практику), когда клиника стерта или болезнь не проявила себя во всей своей многогранности. Хотим представить клинический случай, на примере которого хотелось бы напомнить о том, что враг – болезнь, имеет много масок и необходимо иметь настороженность не всегда типичном проявлении редких заболеваний.

Клинический случай. В августе 2019 в отделение оториноларингологии взрослого стационара ОКБ№2 поступил пациент К. 35 лет на плановое оперативное лечение с диагнозом: Искривление носовой перегородки. Хронический вазомоторный ринит. Жалобы пациента: затруднение носового дыхания с обеих сторон в течении последних лет, ухудшение около 6 месяцев. Обращался в частную клинику, с описанной ранее жалобой, где был выставлен диагноз: Искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит, дано направление в ОКБ 2 в ЛОР-отделение на плановую госпитализацию с целью оперативного лечения. В августе 2019 в отделении оториноларингологии был детально осмотрен перед предстоящей операцией. При осмотре: имеется значительное S- образное искривление носовой перегородки. Слизистая полости носа розовая, умеренно отечна, больше справа, в общих носовых ходах скудное слизисто-гнойное отделяемое. Носовое дыхание умеренно затруднено с обеих сторон. Слева - образование на носовой перегородке, размерами около 0.2 см, упирающееся в нижнюю носовую раковину (не спаянное с ней) незначительно бугристое, по цвету: чуть ярче, чем окружающая слизистая, при затрагивании кровоточит, кровотечение останавливается самостоятельно. При более тщательном сборе анамнеза выяснено, что пациент отмечал незначительные, кратковременные, редкие носовые кровотечения за последний год. С данной жалобой никуда не обращался, не лечился. Перенесенные заболевания за последний год отрицает, снижение массы тела отрицает. Анамнез жизни: Хронические заболевания: Артериальная гипертензия 3 ст, риск 3 (гипотензивную терапию не принимает, не наблюдается). Избыток массы тела. ОНМК, ИМ, СД отрицает. ВИЧ, Гепатиты, описторхоз, туберкулез отрицает. Перенесенные операции: аппендэктомия. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена. St. Praesens: Рост 175 см, вес 90 кг. Т (С) 36,6, ЧДД 16 в мин, ЧСС 78 уд/мин. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, отеков нет. Лимфатические лимфоузлы не увеличены, суставы безболезненны, движения в полном объеме, мягкие ткани над ними не изменены. При

аускультации легких: выслушивается везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Перкуссия почек безболезненна. Физиологические отправления в норме. Из результатов анализов: ОАК (29.07.19) СОЭ 5 мм/ч, Лейкоциты 6,12 (лейкоформула в пределах нормы) ; Эритроциты 5,35; Нв 161 г/л; Ht 42,5%; тромбоциты 170. ОАМ (29.07.19.) желтая, прозрачная, глюкоза отр, белок 0,03, лейкоциты 1-2, эритроциты 0-1 , слизь +, билирубин отр, кетоны отр, бактерии отр. БАК (29.07.19): АЛТ 37 Е/л, АСТ 25 Е/л, Билирубин общий 6,3 мкмоль/л, глюкоза 4,92 ммоль/л, креатинин 100,7 ммоль/л, мочевина 5,7 ммоль/л, остаточный азот 27,1 мг%, общий белок 78 г/л. Кровь на сифилис , ВИЧ, гепатиты (29.07.19) отрицательно**.** Флюорография (26.07.19) органы грудной клетки без видимых патологических изменений. ЭКГ (29.07.19) Ритм синусовый, 82 в минуту, ЭОС не отклонена. КТ ППН (25.07.19) :S образное искривление носовой перегородки. Пневматизация ППН, клеток сосцевидного отростка, барабанной полости не изменена. Деструкции нет. Учитывая жалобы, анамнез, клиническую картину, данные объективного и инструментального обследования выставлен предварительный диагноз: Новообразование перегородки носа. Гранулематоз Вегенера? Искривление носовой перегородки , хронический вазомоторный ринит . Пациенту выполнена биопсия новообразования под местной анестезией, с последующим гистологическим исследованием. Результат морфологического исследования (23.08.19): Морфологическая картина изъязвления слизистой оболочки полости носа с кровоизлияниями, серозно-гнойным воспалением в строме, с гранулематозными изменениями, с неотчетливым формированием гранулем с обильной диффузной макрофагальной реакцией (гигантские многоядерные клетки). При соответствующих клинико-лабораторных данных может соответствовать гранулематозу Вегенера.

Выводы. Описанный нами клинический случай показывает дебют заболевания, именно риногенный гранулемотоз. Отсутствует поражение нижних дыхательных путей, отсутствуют изменения со стороны почек. Общее состояние также не пострадало, не изменился вес. Затрудняло диагностику гранулематоза Вегенера у данного пациента несколько аспектов, а именно: 1) эпизоды носового кровотечения можно было отнести к неконтролируемой гипертензии, отягощающейся лишним весом; 2) искривление носовой перегородки также имело место быть; 3) наличие образования (гранулемы) перегородки слева, при беглом осмотре можно было принять за обычную слизистую, покрывающую искривленную часть перегородки носа. Данные биопсии подтвердили диагноз. Пациент передан на дальнейшее обследование и лечение ревматологам.

Список литературы.

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов. М., 2013, 30 с.

2. Баранов А. А, Алексеева Е.И. Клинические рекомендации для педиатров. Ревматические болезни у детей. Москва: ПедиатрЪ. 2016. 144 стр.

3. Бекетова Т. В. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты / Т. В. Бекетова; под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 2. Клинические рекомендации.

4. Ревматология / Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 3. Ревматология. Национальное руководство / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

5. Ревматология: учебное пособие / Под ред. проф. Н. А. Шостак. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Возрастные и гендерные особенности отитов и мастоидитов у детей

Кузнецова Н. Е.[1,2] – к. м. н., доцент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России заведующая детским ЛОР-отделением ГБУЗ ТОКБ №2 г. Тюмени, kne61@mail.ru.

Вешкурцева И. М.[1,2] – к.м.н. доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ТюмГМУ, врач-клинический фармаколог ТОКБ №2, Vizabella-64@mail.ru.

Кузнецова Т. Б.[1] – студент 4 курса педиатрического факультета ТюмГМУ, ktb98@mail.ru

[1]ФГБОУ ВО Тюменский Государственный медицинский университет, г.Тюмень, Россия.

[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия.

Введение. Острый средний отит (ОСО) у детей является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста и наиболее частой причиной обращаемости за врачебной помощью в лечебное учреждение. ОСО на первом году жизни переносят до 35% детей, с 1 года до3 лет – 65%, а в период до 7 лет отитом болеют уже 95% детей [1]. В структуре заболеваний уха он достигает 65–70% и занимает второе место по развитию отогенных внутричерепных осложнений [2-4]. Высокая распространенность ОСО связана с неблагоприятными экологическими факторами, иммунологическим дефицитом, искусственным вскармливанием, социально-экономическим уровнем. Ведущую роль в развитии и рецидиве ОСО играет курение родителей, аденоидная гипертрофия, хронический тонзиллит, холодный сезон, мужской пол, преждевременные роды, низкий вес при рождении, искусственное питание в первый год жизни [5-7]. Исследования зарубежных авторов показывают тенденцию развития отита у детей с эндокринной патологией, гастроэзофагеальным рефлюксом, аллергическим ринитом, серповидно-клеточной анемией [8–10], описан риск развития дыхательной синусовой аритмии у детей с ОСО младшего возраста (от 7 до 35 месяцев) [11].

Цель исследования. Изучить возрастные и гендерные особенности распространенности отитов и мастоидитов у детей.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2017 год на базе детского оториноларингологического отделения ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени был проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении.

Результаты и их обсуждение. Всего за данный период было пролечено 15 087 детей, из них с различными формами отитов – 4984 (33%) человека. Среди всех пролеченных детей с отитами мальчиков было 63% (3120 чел.), девочек – 37% (1864 чел.). В возрастном аспекте дети были разделены следующим образом: от 3 до 4 лет – 2627 чел. (53%), от 5 до 7 лет – 1600 чел. (32%), от 8 до 12лет – 578 чел. (11,5%), старше 12 лет – 179 чел. (4,5%). Из общего количества поступивших детей с неперфоративной формой отитов было 3376 чел. (68%), с перфоративной – 1608 чел. (32%). Количество пациентов с мастоидитами составило 292 чел. (6%), прослеживается четкая динамика роста мастоидитов по годам как следствие осложнения острого гнойного среднего отита. Так, в 2009 г. отит послужил причиной развития мастоидита

у 6 (1,5%), в 2010 г. – у 10 (2%), в 2011 г. – у 13 (3%), в 2012 г. – у 25 (4,6%), в 2013 г. у 27 (5%), в 2014 г. – у 69 (9%), в 2015 г. – у 46 (7%), в 2016 г. – у 49 (7,6%) и в 2017 г. – у 47 (8%) пациентов.

Выводы. 1.Наибольшая распространенность отитов и мастоидитов выявлена у детей младшего дошкольного возраста (85%); 2. Чаще болеют мальчики (63%); 3. Отмечается тенденция к значительному увеличению всех форм отитов и мастоидитов по годам.

Список литературы

1. Гаращенко Т. И., Левитский М. Ф., Бойкова Н. Э., Ежова В. В., Чекунов Н. В. Возможности безопасной антибиотикотерапии при острых средних отитах у детей. Детская оториноларингология, 2013; 2: 54–6.

2. Минасян В. С. и соавт. Применение тимпаностомии в лечении острых средних отитов у детей под контролем цифровой видеоотоскопии. Детская оториноларингология, 2014–2015; 4–1: 32–34.

3. Минасян В. С. Особенности заболеваний среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста. Автореферат дисс. д-ра мед.наук. М., 2004; 34 с.

4. Suresh Angurana, Arun Bansal, Ankit Mehta, Sandeep Bansal,Muralidharan Jayashree. Mastoiditis, Bezold Abscess, Dural Sinus Thrombosis, and Bilateral Abducens Nerve Palsy in a Child with Chronic

Suppurative Otitis Media: A Rare Case Report. International Journal of Pediatrics. 2019; 7 (2): 9049–9052.

5.Otitis media in children-risk factors and complications. Drochioi, Ana Simona Publication Date 2017 Source Information Jurnalul Pediatrului.2017 Jul–Dec; 20 (79–80): 27–32, 6p.

6.Skoloudik L., Kalfert D., Valenta T., Chrobok V. Relation between adenoid size and otitis media with effusion. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018 Dec; 135 (6): 399–402. Date of Electronic Publication: 2018 Oct 02.

7. Pitaro Jacob et al. Characteristics of children with refractory acute otitis media treated at the pediatric emergency department. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2019 Jan; 116: 173–176.

8. Kanuni Sultan Suleyman, Turkey. Association Between Endocrine Diseases and Serous Otitis Media in Children. J Clin Res Pediatr Endocrinol.2017; 9 (1): 48–51.

9. Passali Desiderio et al. Nasal Allergy and Otitis Media; A real correlation?Sultan Qaboos University Medical Journal. 2014; 14 (1): 59–64.

10. Tasker Andrea, Dettmar Peter W., Panetti Marguerite, Koufman James A., Birchall John P., Pearson Jeffery P. Reflux of gastric juice and glue ear in children. The Lancet. 2002 Feb 9; 359.

11. Berry Daniel, Mills-Koonce W. Roger; Vernon-Feagans Lynne; Blair Clancy. Otitis Media and Respiratory Sinus Arrhythmia Across Infancy and Early Childhood: Polyvagal Processes? Developmental Psychology. 2018 Sep; 54 (9): 1709–1722, 14p.

Распространенность паратонзиллярных абсцессов у детей на современном этапе

Кузнецова Н. Е.[1,2] – к. м. н., доцент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России заведующая детским ЛОР-отделением ГБУЗ ТОКБ №2 г. Тюмени, kne61@mail.ru.

Ракитина О. В.[2] – врач отделения оториноларингологии ГБУЗ ТОКБ №2 г.Тюмени, olga rakitina93@yandex.ru

Вешкурцева И. М.[1,2] – к.м.н. доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ТюмГМУ, врач-клинический фармаколог ТОКБ №2, Vizabella-64@mail.ru

Кузнецова Т. Б.[1] – студент 4 курса педиатрического факультета ТюмГМУ, ktb98@mail.ru

[1]ФГБОУ ВО Тюменский Государственный медицинский университет, г.Тюмень, Россия

[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия.

Введение. Паратонзиллярный абсцесс - это нагноение паратонзиллярной клетчатки и окружающих тканей, который наиболее часто встречается у лиц 15-30лет [1]. В возрасте до 3-х лет данное заболевание встречается крайне редко [2], в то время как в пубертатном периоде (10-14лет), наоборот, наблюдается повышение заболеваемости паратонзиллярными абсцессами, что очевидно связано с изменением иммунологических свойств организма в этом возрасте [3].

Цель. Изучить распространенность паратонзиллярных абсцессов у детей в структуре патологии ЛОР-органов у детей в Тюменском регионе в возрастном и половом аспектах.

Материалы и методы. Исследование проводилось в архиве ГБУЗ ТО «ОКБ №2» г. Тюмени. Проведен анализ историй болезней детей от 1г до 18 лет, находившихся на лечении в детском оториноларингологическом отделении за 10 лет в период с 2009-2018гг.

Результаты и обсуждения. Всего за данный период было пролечено 17067человек, из них детей с заболеваниями глотки составило 3413человек-20%. Паратонзиллярные абсцессы в общей структуре заболеваний составили 4% (683) человека. Наиболее высокая заболеваемость паратонзиллярными абсцессами наблюдается у детей среднего и старшего школьного возраста -464 чел (68%). На долю детей младшего возраста (от 3 до 4лет) приходится 4.2% (28чел). В возрасте от 5 до 7 было госпитализировано 53 чел. (7.8%)от 8-11 лет-141 (20.7%), от 12-15 лет -210 чел (30.9%), тогда как на возрастную группу старше 16 лет приходится 251 чел(37%). В половом аспекте наиболее высокий удельный вес среди госпитализированных детей с паратонзиллярными абсцессами приходится на девочек- 355чел (52%), тогда как у мальчиков данное заболевание выявлено у 327 чел (48%).

Выводы. 1.Анализ распространенности паратонзиллярных абсцессов за последние 10 лет не выявил тенденции к снижению заболевания. 2.Наиболее часто паратонзиллярный абсцесс встречается у девочек. 3.Заболеваемость значительна распространена в группе детей старшего возраста.

Список литературы

1.Бойко Н.В., Кондрашев П.А.и др. Рост числа декомпенсированных форм хронического тонзиллита //Материалы II Петербургского форума оториноларингологов России,Санкт_Петербург.2013.С.205-206.

2.Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология,т.1.М:Медицина 2005.С.308-322.

3.Извин А.И., Кузнецова Н.Е.К вопросу о распространенности паратонзиллярных абсцессов у детей в Тюменском регионе и тактике их хирургического лечения//Детская оториноларингология. 2014.№1. С.49-51.

Регионарная внутриартериальная химиотерапия в комплексном лечении злокачественных новообразований области головы и шеи

Лутовинин Р. В.[1] – аспирант кафедры онкологии с курсом урологии, rodion_lutovinin@mail.ru.

Ощепков В. Н.[1] – к.м.н., доцент кафедры онкологии с курсом урологии, basile-os@yandex.ru.

Дьяков Л. А.[2] – заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, doctor-dyakov@mail.ru.

Зотов П. Б.[1] – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом урологии, note72@yandex.ru.

[1] ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России,

[2]ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация.

Введение. Поиск эффективных методов диагностики и лечения, направленных на излечение, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов злокачественными новообразованиями, одна из лидирующих парадигм современной онкологии. Одной из наиболее сложных проблем, требующей дополнительных усилий в поиске эффективных решений, является задача лечения распространенных опухолей области головы и шеи, которые характеризуются высокой резистентностью к проводимой терапии и упорным рецидивирующим течением. Распространенные опухоли данного региона ведут к экстремальному ухудшением качества жизни и приводят к стойкой дизреабилитации. В структуре общей заболеваемости опухолями злокачественные новообразования головы и шеи входят в первую десятку. В России за последние 10 лет имеется тенденция к увеличению абсолютного числа впервые выявленных злокачественных новообразований головы и шеи. В частности, прирост показателей заболеваемости злокачественных опухолей головы и шеи составил 25 % [1]. В Тюменской области злокачественные образования головы и шеи за последние 5 лет по абсолютному числу впервые выявленных случаев не имеет тенденции к снижению [2].

Даже ранняя диагностика заставляет столкнуться с проблемами неэффективности лечения, высокой смертностью, низким процентом пятилетней выживаемости. К сожалению, радикальное лечение с использованием хирургических методов лечения значительно снижает качество жизни. Драматизм ситуации усугубляется тем, что существенную долю составляют случаи поздней диагностики со значительным местным распространением и отдаленными метастазами, когда эффективность хирургических подходов в терапии сомнительна или выполнение оперативного лечения невозможно. На сегодняшний день химиолучевое лечение является стандартным подходом для ведения данной группы больных. В связи с этим применение одновременно лучевой терапии и регионарной внутриартериальной химиотерапии, как малоинвазивного метода создания высокой концентрации химиопрепарата в области распространения злокачественного процесса, представляется интересной опцией лечения и актуальным направлением, требующим систематического изучения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных злокачественными новообразованиями в результате проведения анализа применения регионарной

внутриартериальной химиотерапии в комбинированном лечении больных злокачественными новообразованиями области головы и шеи.

Материалы и методы. С 2017 года на базе отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения успешно получило лечение 38 пациентов с опухолями головы и шеи. Подавляющему большинству пациентов с первично выявленной опухолью был проведен полный курс химиолучевого лечения с введением химиопрепарата внутриартериально. Часть пациентов получила паллиативный курс химиотерапии совместно с лучевой терапией и без неё. Выполнялась суперселективная инфузия препаратов платины в афферентные артерии.

Результаты и их обсуждение. Пациентам был предложен курс дистанционной конформной лучевой терапии. Преимуществом данного подхода являются две составляющие: прецизионность облучаемого объема к конфигурации мишени (опухоли) и минимизация повреждения критических органов и тканей, расположенных в непосредственной близости к мишени (опухоли). Данные требования имеют принципиально важное значение для проведения лучевого лечения в области головы или шеи [3].

Одновременно с лучевой терапией пациентам, один раз в неделю, проводилась регионарная внутриартериальная химиотерапия. Либо один раз в три недели у пациентов с паллиативным курсом лечения. Схема химиотерапии была выбрана согласно практическими рекомендациями по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии [4].

Опухолевый ответ оценивался по критериям RECIST 1.1. У подавляющего большинства пациентов был достигнут положительный эффект от проведенного лечения (90%). Так, полная регрессия опухоли зарегистрирована у 12 (32%) пациентов, частичная регрессия — у 10 (26%) пациентов, стабилизация — у 12 (32%) человек, прогрессирование опухолевого процесса — у 4 (10%) пациентов. Клинический ответ в виде уменьшения болевого синдрома, уменьшения отека был отмечен у 34 (89%) пациентов. Выраженный эффект внутриартериальной химиотерапии позволил у значимого количества пациентов реализовать дальнейшее лечение, в котором ранее было отказано. Так, 14 человек (36%) были успешно прооперированы.

Выводы. Применение методики региональной эндартериальной химиолучевой терапии может быть использовано в качестве изолированного нехирургического лечения, либо предоперационного этапа в категории пациентов с большой распространенностью процесса III-IV стадии, которым невозможно оперативное лечение на момент установления диагноза.

Список литературы

1. Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. - 2018. – С. 11-14.

2. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю и др. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год // : информационный бюллетень. – Тюмень. – 2018. - С. 14-15.

3. Солодкий В.А., Кандакова Е.Ю., Шахбазян К.Р., Бычков Ю.М. Терапевтическая программа симультантного применения паллиативной 3D конформной лучевой терапии и внутриартериальной суперселективной регионарной химиотерапии при опухолях головы и шеи. // Материалы I Всероссийского конгресса РАТРО. «Новые технологии в лучевой терапии и ядерной медицине. Перспективы развития». – Сочи. – 2017. – С. 99

4. Болотина Л.В., Владимирова Л.Ю., Деньгина Н.В., Новик А.В., Романов И.С. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей головы и шеи. // Практические рекомендации RUSSCO. – 2017. – С. 66-76.

Характер внутричерепных осложнений при гнойно-воспилительной патологии уха у детей

Кузнецова Н. Е.[1,2] – к. м. н., доцент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России заведующая детским ЛОР-отделением ГБУЗ ТОКБ №2 г. Тюмени, kne61@mail.ru.

Синяков А. Ю.[2] – врач детского оториноларингологического отделения ГБУЗ ТО «ОКБ№2», г.Тюмень. Россия. avatara_rus@mail.ru.

Вешкурцева И. М.[1,2] – к.м.н. доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ТюмГМУ, врач-клинический фармаколог ТОКБ №2, Vizabella-64@mail.ru.

Кузнецова Т. Б.[1] – студент 4 курса педиатрического факультета ТюмГМУ, ktb98@mail.ru

[1]ФГБОУ ВО Тюменский Государственный медицинский университет, г.Тюмень, Россия

[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

Введение. В настоящее время внутричерепные отогенные осложнения при гнойно-воспалительных заболеваниях уха у детей сохраняют свою актуальность [2,3,]. Несмотря на достижения современной медицины, внедрения новых методов хирургического лечения, с каждым годом количество больных увеличивается. Причины этого как повышение устойчивости микроорганизмов, изменение микробного пейзажа [1,4], так и наличие сопутствующей патологии (аллергические риниты, экссудативные отиты и др.), а так же анатомо-физиологические особенности у детей[5].

Цель исследования. 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 2009-2018гг.

Результат и их обсуждение. Всего за данный период было пролечено 17067 пациента. Из них с гнойной патологией среднего уха было 5502 человека (32.2%). Количество пациентов с осложненными формами гнойного среднего отита — 123 человек, что составило 2.2%от числа детей с патологией уха и 0.72% от общего количества пролеченных больных. Из них мальчиков было 64(52.03%), девочки — 59(47.97%).

В возрастном аспекте дети разделились следующим образом: до 1года-11чел.,(8.94%) от 1- 3лет-46чел.,(37.39%)от 4-7 лет- 39чел.,(31.7%),от 8-12 лет -18чел., (14.6%), старше 12 лет-9чел. (7.31%). Отогенные осложнения представлены интра- и экстракраниальными формами. Экстракраниальные формы составили 52% (64чел), интракраниальные (внутричерепные) составили 48%(59чел). Среди экстакраниальных осложнений субпериостальный абсцесс зарегестрирован у 48детей (39%), периферический неврит лицевого нерва у 16 детей (13%). Интракраниальные (внутричерепные)осложнения представлены таким образом: абсцесс головного мозга у 6человек (4.8%), вторичный менингит-8 человек (6.5%), тромбозы сосудов головного мозга у 6 человек (12.1%).

Выводы. 1. Отогенные внутричерепные осложнения чаще встречаются у мальчиков (52.03%), в возрасте от 1 до 3 лет. 2.Среди внутричерепных отогенных осложнений преобладают тромбозы интракраниальных сосудов (12.1%).

Список литературы

1. ВешкурцеваИ.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. 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.

CFD-моделирование аэродинамики при перфорации перегородки носа

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Кокарева В. В.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России kokareva_val@mail.ru.

Черемных Н. И.[2] – врач-ординатор кафедры оториноларингологии Омского ГМУ Минздрава России, nikita_cheremnyh@mail.ru.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2]Омский ГМУ Минздрава России.

Введение. Перфорация перегородки носа является актуальной медико-социальной проблемой, обусловливая повышенный интерес к ее изучению [1]. Общеизвестно, что перфорация перегородки носа ведет к нарушениям аэродинамики полости носа, что и обусловливает клиническую картину: рецидивирующие носовые кровотечения, образование корок в полости носа, отсутствие ощущения полноты вдоха, шумное носовое дыхание и другие [2]. Современным инструментом оценки изменений аэродинамики в полости носа и околоносовых пазухах является вычислительная аэродинамика. С помощью данного метода, к примеру, впервые был установлен факт отсутствия активной вентиляции околоносовых пазух при дыхании [3]. На современном этапе развития компьютерной техники вычислительная аэродинамика позволяет не только оценить характер движение воздушных потоках в полости носа, но также отследить изменения температуры воздушной струи. Последняя характеристика крайне важна, так как нормальная физиология полости носа предполагает климатизацию вдыхаемого воздуха (согревание и увлажнение). В результате в норме вдыхаемый воздух в носоглотке имеет влажность 100% и температуру 36°С. Учитывая изложенное, целью нашего исследования явилось сравнение аэродинамических моделей полости носа у пациента с перфорацией перегородки носа до и после оперативного лечения.

Цель исследования. Изучить аэродинамику полости носа до и после закрытия перфорации перегородки носа.

Материалы и методы. В качестве опытной модели была выбрана пациентка А., 24 лет, которая обратилась в оториноларингологическое отделение стационара АО «МСЧ «Нефтяник» с жалобами на частые носовые кровотечения, образование корок в полости носа, шумное носовое дыхание. Со слов пациентки данные беспокойства появились в возрасте 18 лет, когда была констатирована спонтанная перфорация перегородки носа врачом-оториноларингологом поликлиники в г. Ханты-Мансийске. Проводилось консервативное лечение, назначались увлажняющие спреи и мазевые аппликации без эффекта. Эндоскопическое исследование полости носа выявило перфорацию перегородки носа размером 22 мм на 15 мм в переднем отделе перегородки носа, множественные корки, следы крови. По результатам МСКТ околоносовые пазухи без патологии, перфорация перегородки носа в переднем отделе перегородки носа. Было принято решение об оперативном закрытии перфорации перегородки носа. На контрольной компьютерной томографии, выполненной

через два года после операции, определяется нормальное строение полости носа. С целью изучения аэродинамического влияния перфорации перегородки носа на основании пред- и послеоперационных КТ снимков высокой точности в виде файлов с расширением dicom (0.625-mm-slice increment, 21.40-cm field of view, 120 kV peak, and 200.00 m) было проведено CFD-моделирование воздушных потоков в носовой полости до и после закрытия перфорации перегородки носа.

Результаты и их обсуждение. Перфорация переднего отдела ПН существенно влияет на аэродинамику, вызывая увеличение скорости и турбулизацию воздушного потока, феномен массобмена. Увеличение скорости воздушного потока негативно влияет на основные функции НП - согревание и увлажнение вдыхаемого воздуха, что проявляется снижением значений температуры и влажности, измеренных в области носоглотки. После хирургического закрытия перфорации данные феномены исчезли.

Выводы. CFD-моделирование является полезным инструментом диагностики при перфорации перегородки носа

Список литературы

1. Перфорация перегородки носа: современное состояние проблемы. Крюков А. И., Кунельская Н. Л., Царапкин Г. Ю., Товмасян А. С., Панасов С. А. Российская ринология, 2016. 24(1). С. 4-9.

2. Lanier B, Kai G, Marple B, Wall GW. Pathophysiology and progression of nasal septal perforation. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;99(6):473-480.

3. Щербаков Д. А., Крюков А. И., Красножен В. Н., Гарскова Ю. А., Саушин И. И. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе // Вестник оториноларингологии. 2017. Т. 82 (4). С. 32-34.

Микробиота носоглотки детского возраста

Кузнецова Н. Е.[1,2] – к. м. н., доцент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России заведующая детским ЛОР-отделением ГБУЗ ТОКБ №2 г. Тюмени, kne61@mail.ru.

Мамедов Р. Р.[1] – врач-ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, RuslanMamedov1995@yandex.ru.

[1]ФГБОУ ВО Тюменский Государственный медицинский университет, г.Тюмень, Россия.

[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия.

Введение. В первые годы жизни лидирующее положение среди заболеваний ЛОР-органов у детей занимают патологические изменения аденоидных вегетаций (АВ)[1]. Глоточная миндалина (ГМ) располагается в критической зоне: на пересечении дыхательных и пищеварительных путей, где регистрируется наиболее интенсивное антигенное воздействие как инфекционное, так неинфекционное [2]. При увеличении ГМ нарушается носовое дыхание, снижается мукоцилиарный транспорт и возникает застой слизи в полости носа. Бактерии, грибы, вирусы-сообщество микроорганизмов (микробиом) прилипают к слизи и вызывают воспаление [3].

Цель исследования. Изучение микрофлоры глоточной миндалины у детей, поступивших на хирургическую санацию носоглотки методом эндоскопической аденоидэктомии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского оториноларингологического отделения ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 827 детей, прооперированных по поводу гипертрофии глоточной миндалины II-III степени в 2012-2013гг. Проведена статистическая обработка результатов микробиологических исследований поверхности глоточной миндалины, выполненных непосредственно перед оперативным вмешательством. Забор материала проводился стерильным тампоном после укладки, интубации и установки роторасширителя. Изучение характера микробной флоры производили по общепринятой унифицированной методике, утвержденной приказом МЗ СССР № 535 от 22 апреля 1985 года «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». Посевы осуществляли на среду Сабуро, сахарный бульон и кровяной агар.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что мальчиков было 510(62%) человек, девочек — 317(38%) человек. В возрастном аспекте дети распределились следующим образом: младше 3-х лет —22 чел., 3-4 года- 323, 5–7 лет — 314, 8–12 лет — 141,старше 12 лет — 27. При бактериологическом исследовании в 773 (93,47 %) случаях выделена различная по характеру флора, при этом в 718 (92,88 %) — выявлена монофлора, а в 55 (7,12 %) — полифлора, в 54 (6,53 %)—патогенной микрофлоры не обнаружено. Наиболее частыми представителями монофлоры являлись различные энтерококки — в 502(60,7 %) случаях: *E.Faecium*-305(36,9%), *E.durans*-128(15,5%), *E.faecalis*-66(8,0%), *Enterococcus sp.*-3(0,4%). *S.haemoliticus* в 93(11, 3%), *Staphylococcus aureus*—в 66(8,0%) посевах и грибы рода

Candida—у 6(0,7%) детей. *K.pneumonia*-14(1,7%),*S.epidermidis*-9(1,1%),*Ps.aeruginosa*-5(0,6%), *Peptostreptococcus*-4(0,5%),E.coli-8(1,0%), *S.viridans*-4(0,5%), *A.baumanii*-2(0,2%), *S.pneumonia*-1(0,1%), *S.saprophiticus*-1(0,1%), *A.iwoffii*-1(0,1%),*Neisseria sp*.-1(0,1%), *E.cloacae*-1(0,1%).Среди полиморфной флоры на 1-ом месте обнаружен *S.aureus* в ассоциации с энтерококкам, такими как *E.durans*-7(0,9%), *E.faecalis*-5(0,6%), с *Bacteroides*-1(0,1%), *Ps.aeruginosa*-1(0,1%), *S.haemoliticus*-5(0,6%).*S.epidermidis+E.faecium*-7(0,9%),*E.durans*-1(0,1%). *S.saprophiticus+E.faecium*-1(0,1%),*E.durans*-1(0,1%). *S.haemoliticus* в ассоциации с *E.faecium* в 1 (0,1%) наблюдение, г.р.*Candida* в сочетании с *E.faecium*-2(0,2%),*E.faecalis*1(0,1%))случаях.*E.coli+E.faecalis*-1(0,1%), *E.faecium*-2(0,2%) случаях. E.*cloaca+E.faecium* в 1(0.1%) наблюдение.

Выводы. 1. Основным представителем микробиоты носоглотки является энтерококк, на 2-м месте находится *S. haemoliticus*, на 3-м месте *Staphylococcus aureus*, на 4-м-различные микробные ассоциации. 2.Выявленный полиморфизм микрофлоры лимфоидной ткани свидетельствует о выраженном дисбиозе слизистых носоглотки. 3.Микробиом носоглотки играет ведущую роль в формировании гипертрофии глоточной миндалины у детей.

Список литературы

1. Андриянова И.В. Результаты сравнительного исследования микробиоты носоглотки детей с хроническим аденоидитом по данным микробиологического исследования и масс-спектрометрии по микробным маркёрам //Российская оториноларингология.-2015.-№5.-с.9-15

2. Гаращенко Т.И., Гаращенко М.В. Аденоиды у детей и пути профилактики гиперплазии глоточной миндалины//Детская оториноларингология-2013.-№4.- С.73-76.

3. Тулупов Д.А, Карпова Е.П.О роли бактериальной микрофлоры в этиологии хронического аденоидита у детей//Вопросы современной педиатрии.-2014.-Том 13.-№1.-с.172-175.

Реконструкция альвеолярной части нижней челюсти комбинированными ауто-аллогенными трансплантатами

Сельский Н. Е.[1] – д. м. н., профессор, челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-хирург, действительный член Европейской ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов, заслуженный врач Российской Федерации и республики Башкортостан, professor@doctorselskiy.ru.

Трохалин А. В.[2] – к.м.н., челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-хирург, врач стоматолог-ортопед.

Мусина Л. А. – д. м. н., профессор государственного башкирского университета.

Коротик И. О.[2] – челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-хирург, врач стоматолог-ортопед, научный и клинический консультант по вопросам сложного челюстно-лицевого протезирования, ikorotik@gmail.com.

[1]ООО «Клинический центр профессора Сельского», отделение челюстно-лицевого протезирования.

[2]ЗАО "Косметологическая лечебница", клиническая база ФГБОУ ВО "БГМУ" Минздрава России.

[3] Башкирский государственный университет, отдел морфологии кафедра физиологии и общей биологии.

Цель. Разработать минимально инвазивные методики остеопластики альвеолярной части нижней челюсти с использовнием различных комбинаций ауто-аллогенных трансплантатов, использую принципы аутопластики F. Khoury.

Материалы и методы. В зависимости от сочетания ауто-алло трансплантатов в пациенты разделены на 3 основных и 1 контрольную группы:

1 группа (9 чел). При остеопластике использовался кортикальный аутотрансплантат в виде пластины толщиной 1-1,5 мм взятый в ретромолярной области и смесь ауто-аллогенной костной стружки в пропорции 1:1.

2 группа (8 чел). Использовался костный аллогенный трансплантат (АТ) в виде пластины толщиной 1-1,5 мм и аутогенная костная стружка.

3 группа (8 чел.) Использовался костный АТ в виде пластины толщиной 1-1,5 мм и смесь ауто-аллогенной костной стружки в пропорции 1:1.

4 группа контрольная (10 чел). Использовался кортикальный аутотрансплантат в виде пластины толщиной 1-1,5 мм и аутогенная костная стружка.

Установка имплантатов производилась спустя 5 месяцев. Перед препарированием ложа дентального имплантата производилось взятие биопсии трепаном из области аугментации. При препарировании ложа имплантата наблюдаетя интраоссальное кровотечение у пациентов всех групп.

Результаты. В 1 группе положительный клинический результат отмечается у 8 пациентов (89 %) из 9, во 2 группе у 6 пациентов (75%) из 8, в 3 группе у 6 пациентов (75%) из 8, в 4 контрольной группе у 9 пациентов (90%) из 10. Негативные результаты связаны с недостатком мягких тканей, оголением трансплантата или его нагноением. При этом при оголении трансплантата в 1 и контрольной группе – механическая ревизия раны с повторным

ушиванием в раннем послеоперационном периоде позволяла также добиться положительных результатов, когда в свою очередь во 2 и 3 основных группах оголение АТ имело многократный характер, что, в конечном счете, приводило к его последующему удалению. Кроме одного случая во 2 группе, когда оголение трансплантата произошло на третьем месяце, было принято решение в проведении операции по установке имплантата. При раскрытии области аугментации кортикальный АТ был удален, но при этом на месте костной стружки образовался костный регенерат, объема которого было достаточно для установки дентального имплантата.

Результаты гистологического исследования. Достоверных отличий в морфологической картине биоптатов контрольной и первой основной группы не выявлено, т.к. сформированный регенерат в обеих группах был представлен зрелой пластинчатой (компактной костной тканью). В первой группе оставшихся незамещенных кусочков минерализованной аллогенной стружки не выявлено.

У пациентов 2 и 3 групп в исследуемых препаратах наружная костная пластинка Аллоплант почти полностью заместилась зрелой пластинчатой компактной костью. Во 2 группе морфологическая картина биоптатов взятых из области установки имплантатов не отличается от таковых в 1 и контрольной группах. В 3 группе в биоптатах выявлена неоднородность регенерата. Между незамещенными кусочками Аллопланта, многочисленными частичками аутокости и небольшими участками новообразованной незрелой ретикулофиброзной (грубоволокнистой) костной ткани выявлялись прорастающие тяжи новообразованной соединительной ткани.

Выводы. Таким образом, использование аллогенных костных трансплантатов в комбинации с аутокостью позволяет добиться хороших клинических результатов во всех группах. Отмечается тенденция, - чем больше объем аллогенного материала, тем хуже «качество» регенерата по данным морфологического исследования и тем выше степень резорбции регенерата по клиническим данным.

Частота и факторы риска повторных оперативных вмешательств у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом

Щербаков Д. А.[1] - д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Попов И. Б.[1,2] – к. м. н. заведующий кафедрой респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, генеральный директор-главный врач АО «МСЧ Нефтяник», г. Тюмень.

Тырык О. Б.[2] – врач отделения оториноларингологии, tyryk@inbox.ru

Кокарева В. В.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, kokareva_val@mail.ru

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. Эндоскопическое удаление полипозной ткани является золотым стандартом лечения пациентов с хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС)[1], при этом часто требуется проведение повторных оперативных вмешательств [2,3].

Цель исследования. Выявить частоту и факторы риска проведения повторных эндоскопических полипэктомией у пациентов с ХПРС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 38 пациентов (18 женщин, 20 мужчин в возрасте от 19 до 46 лет) с установленным диагнозом ХПРС. Критерии включения в исследование: оперативное вмешательство по поводу ХПРС в анамнезе, проводимое на базе оториноларингологического отделения АО «МСЧ Нефтяник» в период с 2017 по 2018 годы. Срок наблюдения составил год с момента первой операции. Для оценки субъективных и объективных показателей выраженности болезни использовали опросник SNOT-22, шкалу Lund-Makkay и результаты сахаринового теста для исследования мукоцилиарной функции в до и послеоперационный периоды.

Результаты. По результатам исследования в течение года наблюдения 32 пациентам (84%) потребовались повторные оперативные вмешательства. Среднее время выполнения ревизии составило 153 ±3,2 дня (около 5 месяцев) с момента первой операции. При этом 10 пациентам из числа повторно прооперированных (31%) было произведено 2 ревизионных оперативных вмешательства и 4 пациентам (12,5%) 3 повторных операции. Стоит отметить, что данные пациенты имели наибольшее количество баллов предоперационного тестирования по шкале SNOT-22 и Lund-Makkay, однако у 3 пациентов, которым не понадобилась повторная операция, также отмечались высокие баллы по данным шкалам, сопоставимые с результатами дважды или трижды повторно прооперированных. Практически у всех пациентов происходило значимое послеоперационное снижение баллов по SNOT-22 и Lund-Makkay. При этом у пациентов, которым не понадобилась ревизия, нормализация показателей сахаринового теста происходила в течение 4 месяцев после операции. У пациентов, которым понадобилось повторная операция, нормализация мукоцилиарной функции не происходила, хотя были

достигнуты максимально допустимые (до 30 минут) значения сахаринового теста, за исключением пациентов дважды или трижды повторно прооперированных.

Выводы. Процент повторных оперативных вмешательств у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом остается высоким, несмотря на соблюдение принципов FESS и назначение послеоперационной ГКС-терапии. Возможным фактором риска проведения повторных операций является мукоцилиарная дисфункция, выявленная по результатам сахаринового теста.

Список литературы

1.Stammberger, H (1991) Functional Endoscopic Sinus Surgery. The Messerklinger Technique. B.C. Decker, Toronto/Philadelphia.

2.Factors affecting time to revision sinus surgery for nasal polyps: a 25-year experience / A. W. Wu, J. Y. Ting, M. P. Platt, H. T. Tierney, R. Metson // Laryngoscope. – 2014. – № 124. – P. 29-33.

3. Wynn, R. Recurrence rates after endoscopic sinus surgery for massive sinus polyposis / R. Wynn, G. Har-El // Laryngoscope. – 2004. – № 114. – P. 811–813.

Модификация инфратурбинального доступа к верхнечелюстной пазухе

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Кротова А.С.[2] – врач отделения оториноларингологии, a.shrubchenko@mail.ru.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России

[2] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. В последнее время наблюдается повышенный интерес к хирургии верхнечелюстной пазухи ((ВПЧ) через нижний носовой ход [1]. Тем не менее восстановление послеоперационных дефектов медиальной стенки ВПЧ необходимо для нормальной функции пазухи [2,3].

Цель исследования. Оценить эффективность метода восстановления медиальной стенки ВЧП аутотрансплантатом – четырехугольным хрящом перегородки носа по технике «butterfly» (Заявка на патент № 2018140468 приоритет от 19.11.2018).

Материал и методы. В исследовании приняло участие 2 клинические группы. Основная группа (65 женщин, 52 мужчины в возрасте от 20 до 66 лет) проходила лечение в АО «МСЧ «Нефтяник АО «МСЧ Нефтяник» , г. Тюмень (главный врач Попов И.Б.), контрольная группа в ГБУЗ ТО ОКБ №2 и состояла из 16 человек. Критерии включения в исследование больных основной и контрольной клинических групп были следующими: хирургическая патология ВЧП: грибковое тело, инвертированная папиллома с поражением ВЧП, киста и/или инородное тело с локализацией в альвеолярной бухте. У пациентов основной группы хирургическое вмешательство на ВПЧ проводили через нижний носовой ход с пластикой дефекта медиальной стенки ВПЧ. Ход операции: 1) подслизистая резекция перегородки носа; 2) взятие хрящевого трансплантата; 3) оперативный доступ через нижний носовой ход (L-образный лоскут, наложение большого соустья);4) оперативный прием; 5) закрытие дефекта медиальной стенки ВЧП хрящевым трансплантатом, L-образный лоскут укладывали поверх трансплантата. В случае наличия гнойного отделяемого на момент оперативного вмешательства (38 пациентов) пластика дефекта проводилась в отсроченный период (через месяц) при условии сохранения послеоперационного дефекта и наличия искривленной перегородки носа. Контрольной группе оперативное вмешательство выполнялось по Калдвелл-Люку с формированием стойкого назоантрального соустья в области нижнего носового хода. Для объективной оценки состояния пациентов контрольной и основной групп использовали опросник SNOT-22

Результаты и их обсуждение. По результатам тестирования у пациентов основной группы отмечалось снижение количества жалоб по сравнению с пациентами контрольной группы. Клинически это связано с закрытием дефекта медиальной стенки ВПЧ и реализацией физиологической функции пазухи. Наложение постоянного соустья в нижнем ходе способствует патологической аэрации и нарушает физиологию пазухи (Баранская С.В., 2018).

Выводы. Пластика послеоперационного дефекта медиальной стенки ВПЧс помощью четырехугольного хряща перегородки носа по технике «butterfly» является эффективным методом.

Список литературы

1. The rationale for endoscopic inferior meatal antrostomy / R. Landsberg [et al.] // J Otorhinolaryngol Relat Spec. – 2019. – 1 (81). – P. 41-47.

2. Щербаков Д. А., Крюков А. И., Красножен В. Н., Гарскова Ю. А., Саушин И. И. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе // Вестник оториноларингологии. 2017. Т. 82 (4). С. 32-34.

3. Красножен В. Н., Щербаков Д. А. Околоносовые пазухи как депо оксида азота. Практическая медицина. 2015. № 2-2 (87). С. 7-12.

Реконструктивно-пластическая хирургия послеоперационных дефектов области головы и шеи в онкологии

Шубина Ю. А.[1] – заведующая онкологическим отделением №2, postnykh@mail.ru.
Лутовинин Р. В.[1,2] – аспирант кафедры онкологии с курсом урологии, rodion_lutovinin@mail.ru.
[1] ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация.
[2]ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России

Введение. Онкологические заболевания вносят значительный вклад в структуру общей смертности в мире. Даже ранняя диагностика заставляет столкнуться с проблемами неэффективности лечения, высокой смертностью, низким процентом пятилетней выживаемости. По статистике у более чем 9000 человек по стране ежегодно диагностируется рак области головы и шеи. Из них 60% изначально запущенные случаи и 30% погибает в течение года с момента установления диагноза [1]. По Тюменской области показатели составляют более чем 20 человек на 100 тыс. населения на 2016 год [2]. Нередко лечение с использованием хирургических методов лечения значительно снижает качество жизни и приводят к стойкой дизреабилитации. Подавляющая часть пациентов обращается в специализированные учреждения на III и IV стадиях опухолевого процесса [3]. Драматизм ситуации в таких случаях усугубляется тем, что оперативное вмешательство сопряжено с большим объемом. Что заставляет искать пути замещения, образовавшихся вследствие операции, дефектов. В настоящее время имеется большое количество методов реконструкции дефектов, но каждый пациент требует индивидуального подхода к выбору методики пластики.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных злокачественными новообразованиями области головы и шеи в результате проведения анализа применения различных методик реконструктивно-пластической хирургии.

Материалы и методы. С 2018 года проведено 67 реконструктивным операций с применение различных методик. Первичные опухоли отмечены у 27(40,3%) пациентов (III ст. опухолевого процесса была выявлена в 37%, IV – в 63% случаев), рецидивные опухоли у 15(22,4%), послеоперационные дефекты у 25(37,3%) пациентов. Использовано 67 трансплантатов, из них: грудино-ключично-сосцевидная мышца – 7, большая грудная мышца – 15, подкожная мышца – 6, свободный кожный лоскут – 3, височный фасциально-апоневротический лоскут – 2, субментальный лоскут – 10, свободные лоскуты на микрососудистых анастомозах – 16, трапециевидная мышца – 1, реконструкция титановыми пластинами в сочетании с различными видами лоскутов – 7.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли у 8 (11,9%) пациентов. Летальность составила 0%. Тотальный некроз лоскута отмечен у 6 (8,9%) пациентов. Пластика успешно завершена у 96,8 % больных. Реабилитация достигнута в 93,6% наблюдений. Вернулись к труду 67% пациентов.

Выводы. Использование различных методик реконструктивно-пластической хирургии и индивидуального выбора трансплантата в зависимости от дефекта позволяют получить высокий процент функциональной реабилитации пациентов в сочетании с социальной и трудовой реабилитацией. Микрохирургическая реконструкция дефектов при лечении злокачественных новообразований головы и шеи позволяет решить проблемы пластического закрытия обширных дефектов после радикального хирургического лечения местнораспространенных опухолей.

Список литературы

1. Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. - 2018. – С. 11-14.

2. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю и др. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год // : информационный бюллетень. – Тюмень. – 2018. - С. 14-15.

3. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2005 г. / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М. : ФГУ МНИОУ им. П.А. Герцена Росздрава. – 2006. – 186 с.

Анализ качества жизни пациентов с полипозным риносинусинутом

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Попов И. Б.[1,2] – к. м. н. заведующий кафедрой респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, генеральный директор-главный врач АО «МСЧ Нефтяник», г. Тюмень.

Тырык О. Б.[2] – врач отделения оториноларингологии, tyryk@inbox.ru

Кокарева В. В.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, kokareva_val@mail.ru

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. По разным подсчетам хроническим полипозным риносинуситом страдает около 1% населения мира. Характерными чертами данной патологии является массивное полипообразование, коморбидное течение и рецидивирующий характер [1]. Многочисленные оперативные вмешательства, вынужденная пожизненная ГКС-терапия, тяжелое течение сопутствующих заболеваний негативно влияют на психологический комфорт и приводят к ухудшению качества жизни пациента [2, 3].

Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов с полипозным риносинуситом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе АО «МСЧ Нефтяник» (г. Тюмень) с 2017 по 2019 годы. В опытную группу были включены 98 пациентов с установленным диагнозом полипозного риносинусита, из них 46 женщин и 52 мужчин, в возрасте от 18 до 62 лет. Выраженность патологического процесса согласно шкале Lund-Makkay варьировала от 10 до 24 баллов, длительность течения заболевания от года до 10 лет. 87 пациентов были ранее прооперированы. Контрольную группу составили 56 здоровых добровольцев (24 женщины, 32 мужчины в возрасте от 19 до 59 лет) без эпизодов болезней носа и околоносовых пазух в анамнезе. Все участники дали согласие на исследование и обработку персональных данных. В качестве метода оценки качества жизни пациентов использовали опросник SNOT-22, максимальная сумма баллов составляет 110, минимальная 0.

Результаты. Общий балл анкетирования пациентов опытной группы составил 72,1±16,36, при этом наиболее частыми жалобами явились: выделения из носа (насморк) – 70 пациентов (71%), заложенность носа – 71(72%), ринорея -49(55%), густое отделяемое из носа -86 (88%) и лицевая боль (ощущение давления) – 55(56%). Среди пациентов контрольной группы средний балл теста составил 10,1±2,3, при этом в структуре жалоб превалировали такие симптомы, как растерянность, трудности с засыпанием, ночные пробуждения, снижение концентрации и внимания. Стоит отметить, что последние 5 симптомов в строке, а именно снижение работоспособности, снижение концентрации и внимания, разочарованность,

уныние и растерянность по мнению авторов теста имеют наибольшее значение на качество жизни пациента. У пациентов опытной группы выраженность данных жалоб варьировалась от 3 до максимальных 5 за каждый симптом, что свидетельствует об очень низком качестве жизни. Также отмечалась связь между выраженностью течения заболевания и количеством баллов теста. Так наибольшую сумму набрал пациент с 10-летним течением тотального полипозного процесса и 12 оперативными вмешательствами в анамнезе.

Выводы. Опросник SNOT-22 может быть полезным в анкетировании пациентов с хроническим полипозным риносинуситом. У данной группы пациентов определяется крайне низкое качество жизни, в связи с чем необходимы объективный анализ их трудоспособности, психологическая помощь и реабилитационные мероприятия.

Список литературы

1. Рязанцев С. В., Марьяновский А. А. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения: метод. рек. – СПб.: Политехника, 2006. – 32 с.

2. Wynn, R. Recurrence rates after endoscopic sinus surgery for massive sinus polyposis / R. Wynn, G. Har-El // Laryngoscope. – 2004. – № 114. – P. 811–813.

3. Factors affecting time to revision sinus surgery for nasal polyps: a 25-year experience / A. W. Wu, J. Y. Ting, M. P. Platt, H. T. Tierney, R. Metson // Laryngoscope. – 2014. – № 124. – P. 29-33.

Наш опыт применения баллонной дакриопластики

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Кротова А. С.[2] – врач отделения оториноларингологии, a.shrubchenko@mail.ru

Екимова А. Е.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, nastasiaekimova@gmail.com

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. Баллонная дакриопластика один из современных методов подходит для лечения пациентов с нарушением слезоотведения в результате частичной или полной непроходимости носослезного канала [1-2]. Основным преимуществом данного метода является восстановление слезоотведения без нарушения целостности тканей, с сохранением физиологии оттока слезы через естественные пути [3].

Цель исследования. Оценить эффективность применения баллонной дакриопластики для лечения пациентов с дакриостенозом.

Материалы и методы. Исследование проводилось в г. Тюмень, РФ. Создана рабочая группа, включающая офтальмохирурга и оториноларинголога.

В исследование было включено 30 пациентов со стенозом носослезного канала (1 группа); 30 пациентов с комбинированным многоуровневым стенозом слезоотводящих путей (2 группа).

Пациентам под местной анестезией выполняли баллонную дакриопластику. Через верхний слезный каналец проводили баллонный катетер диаметром 3 мм до появления его в области устья носослезного канала. К баллонному катетеру присоединяли индефлятор, заполненный физиологическим раствором. В баллоне, с помощью индефлятора, создавали давление до 8 атм, удерживали давление в течение 90 секунд, затем баллон спускали. По истечении 10 секунд, вновь создавали в баллоне давление 8 атм, удерживая его в течение 60 сек. Затем баллон смещали в проксимальном направлении, и повторяли цикл. Все этапы операции проводились под эндоскопическим контролем.

Результаты проведенного вмешательства оценивали в сроке три месяца после операции. Субъективную оценку слезотечения оценивали по шкале Munk. Также проводили диагностическое промывание слезоотводящих путей.

Положительные результаты: отсутствие субъективного ощущения слезотечения (0-1 балл по шкале Munk), и при промывании слезоотводящих путей свободное прохождение жидкости в полость носа, без рефлюкса через парную слезную точку.

Результаты и их обсуждение. У пациентов 1-й группы положительные исходы наблюдали в 24 случаях (80%). У пациентов 2-й группы положительные результаты наблюдали в 9 случаях (30%). $X^2 = 5,63$, $p=0,017$.

Выводы. Результаты клинического применения баллонной дакриопластики свидетельствуют об эффективности данного метода лечения стеноза вертикального отдела слезоотводящих путей.

Список литературы

1. Щербаков Д.А. Восстановление опорных структур риноорбитального комплекса с испальзованием аллотрансплантатов // Вестник Оренбурского государственного университета. 2013. №4 (153). С. 318-323

2. Атькова Е. Л., Федоров А. А., Ярцев В. Д., Роот А. О. Разработка оптимального способа проведения баллонной Дакриопластики // Вестник офтальмологии. 2015. № 131 (2).С. 99-104.

3. Sarode D., Bari D. A., Cain A. C., Syed M. I., Williams A. T. The benefit of silicone stents in primar y endonasal dacryocystorhinostomy: a systematic review and meta-analysis. Clinical otolaryngology. 2016; 7.

Антитромботическая терапия как фактор риска носовых кровотечений

Вешкурцева И. М.[1,2] – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, врач-клинический фармаколог.

Рудзевич А. В.[1] – ассистент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, заведующий отделением оториноларингологии взрослого стационара, rudzevich.1@yandex.ru.

Ребятникова М. А.[2] – врач-клинический фармаколо

Смагина И.С. [2] – врач отделения оториноларингологии взрослого стационара, i.smagina@mail.ru.

Кузнецова Н. Е.[1,2] - к.м.н., доцент кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, заведующая отделением оториноларингологии детского стационара, kne61@mail.ru.

Кузнецова Т. Б.[1] – студент, ktb98@mail.ru.

[1]ФГБОУ ВО Тюменский Государственный медицинский университет, г.Тюмень, Россия

[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

Введение. Антитромботическая терапия играет ведущую роль, как в профилактике, так и в лечении тромбоэмболических событий. Это связано с высокой эффективностью данной группы препаратов по предотвращению развития тяжелых тромботических осложнений и летального исхода у пациентов с нарушениями сердечного ритма, онкопатологией, при протезировании крупных суставов, клапанов сердца и др. [1, 2]. При этом прием антитромботических средств сопряжен с высоким риском развития геморрагических осложнений [2, 3, 4], в том числе и носовых кровотечений [5].

Цель исследования. Изучить распространенность носовых кровотечений, возникших на фоне приема антитромботических препаратов в амбулаторных условиях, и выявить факторы риска их развития.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении оториноларингологии ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» с диагнозом «Носовое кровотечение» за 2018 г и 8 месяцев 2019 г (133 истории болезни).

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных результатов было выявлено, что за изученный период практически каждый десятый пациент (9,8%), выписанный из оториноларингологического отделения, имел диагноз «Носовое кровотечение». Носовые геморрагии являются лишь симптомом различных заболеваний, что наряду с оказанием неотложной помощи требует поиска причинно-значимого фактора и его коррекции. При изучении фоновых состояний госпитализированных пациентов было выявлено, что в 28,6% случаев кровотечения развивались на фоне принимаемых пациентами в амбулаторных условиях антитромботических средств. Из препаратов, влияющих на гемостаз, с профилактической либо лечебной целью пациенты с данной патологией в 50% случаев принимали антиагреганты, в 39,5% – антикоагулянты и в 10,5% - использовалось сочетание

этих двух групп препаратов. Из антиагрегантных средств чаще встречалась ацетилсалициловая кислота (89,5%), прием которой больше ассоциирован с рисками желудочно-кишечных кровотечений [3], из антикоагулянтов – варфарин (78,3%). Современные антикоагулянты (дабигатран, апиксабан, ривароксабан), характеризующиеся высокой эффективностью, лучшей переносимостью и удобством в применении, назначались только в 21,7% случаев, преимущественно при наличии у пациентов фибрилляции предсердий, реже при поражении глубоких вен нижних конечностей. Наиболее распространенный пероральный антикоагулянт варфарин относится к группе антагонистов витамина К и характеризуется хорошей эффективностью по предупреждению развития тромботических осложнений, обеспечивая снижение риска тромботических событий на 64% по сравнению с плацебо [6]. Однако согласно литературным данным частота геморрагических осложнений на фоне приема данного препарата может составлять 9 - 26,5%, из них «больших» 0,3 - 4,2% в год [7]. Это связано с большими трудностями при подборе терапевтических и профилактических доз варфарина. На фоне приема препарата необходим постоянный мониторинг международного нормализованного отношения (МНО), т.к. препарат обеспечивает оптимальный антикоагулянтный эффект, если терапевтические дозы поддерживать в очень узком терапевтическом диапазоне МНО - от 2,0 до 3,0. При показателях МНО менее 2,0 терапевтический эффект препарата снижается, а при показателях более 3,0 – увеличивается риск геморрагических осложнений [1, 8]. Потенциально опасным повышением считается уровень МНО более 4,0. По нашим данным пациенты, получающие в амбулаторных условиях варфарин и поступившие в отделение с клиникой носового кровотечения, имели средние показатели МНО – 2,9 ± 1,39. Для данного антикоагулянта характерны и межлекарственные взаимодействия. К препаратам, повышающих активность варфарина и увеличивающих риск геморрагических осложнений, относятся многие антимикробные препараты, некоторые средства, используемые при патологии сердечно-сосудистой системы, нестероидные противовоспалительные препараты, гипосекреторные средства**,** антидепрессанты, пероральные сахароснижающие средства и другие [8]. У наблюдаемых нами пациентов с носовыми геморрагиями, поступивших для стационарного лечения, при анализе медицинской документации лекарственные взаимодействия с варфарином были выявлены в 85,7% случаев (в виде сопутствующей терапии дигоксином и статинами). Из других факторов, увеличивающих риски геморрагических осложнений терапии варфарином, у пациентов, госпитализированных в отделение оториноларингологии, имели место: возраст старше 65 лет (71,4%), наличие сопутствующих артериальной гипертензии (85,7%), ишемической болезни сердца (100%), хронической сердечной недостаточности (85,7%).

Выводы. 1. Одним из причинно-значимых факторов развития носовых геморрагий является ятрогения. 2. Из пероральных антикоагулянтов геморрагические осложнения чаще вызывает варфарин, что связано с большими трудностями при подборе доз препарата. 3. Для профилактики носовых кровотечений на фоне варфаринотерапии необходим обязательный учет коморбидных состояний пациента, сопутствующую терапию и постоянный мониторинг МНО.

Список литературы

1. Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Профилактика ишемического инсульта. Рекомендации по антитромботической терапии, ред. акад. РАН З.А.Суслиной. М.: ИМА-ПРЕСС; 2014.72 с.

2. Granger C., Alexander J., McMurray J., et al. ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation //N Engl J Med. 2011;365:98–992.

3. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации «Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) в клинической практике» //Современная ревматология. 2015. № 1. С.4-23

4. Patel M., Mahaffey K., Garg J., et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation // N Engl J Med. 2011; 365 (10): 883-91.

5. Mehran R., Rao S., Bhatt D. et al. Standardized bleeding definitions for cardiovascular clinical trials: a consensus report from the Bleeding Academic Research Consortium // Circulation. 2011; 123(23):2736-47.

6. Hart R.G., Pearce L.A., Aguilar M. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation // Ann Inter Med. 2007; 146(12):857-867.

7. Mhairi Copland, Walker I.D., Campbell R. Oral Anticoagulation and Hemorrhagic Complications in an Elderly Population With Atrial Fibrillation // Arch Inter Med. 2001; 61(17): 2125-2128.

8. Аркадьева Г.В., Радзевич А.Э., Козлова А.Э. и др. Лечение оральными антикоагулянтами: Методические рекомендации, ред. И.Н. Бокарева. М.: ГОУ ВПО «МГМСУ РОСЗДРАВА», М.ГОУВПО «ММА им. Сеченова»; 2007. 48 с.

Особенности диагностики мукоцилиарной функции с помощью сахаринового теста

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Тырык О. Б.[2] – врач отделения оториноларингологии, tyryk@inbox.ru

Кокарева В. В.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, kokareva_val@mail.ru

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. Наличие мукоцилиарного транспорта является основой поддержания гомеостаза носовой полости [1]. Одним из наиболее популярных диагностических методов исследования мукоцилиарной функции является сахариновый тест [2, 3], при этом интерпретация результатов представляет некоторые сложности [4].

Цель исследования. Исследовать показатели сахаринового теста у разных групп здорового населения

Материалы и методы. В исследовании приняли 40 условно здоровых пациентов (17 мужчин, 13 женщин в возрасте от 27 до 40 лет) без заболеваний полости носа и околоносовых пазух в анамнезе, проходящих профилактический осмотр на базе АО «МСЧ Нефтяник» в феврале 2019 года. Все участники дали согласие на исследование. Всем пациентам проводился сахариновый тест с использованием пищевого сахарина фирмы Hergestellt (GBMH, Германия). Часть таблетки сахарина помещали на поверхность нижней носовой раковины. Время появления сахарина в ротоглотке оценивали по появлению сладкого привкуса, за норму было принято 10 минут. Допустимые значения не более 30 минут. Исследование проводилось при температуре 28°С и относительной влажности 35% (нормальные значения). Все пациенты проходили анкетирование, целью которого было выявление табакокурения в анамнезе.

Результаты. Средние значения времени сахаринового теста составили 14±10 минут. У 13 пациентов регистрировалось время более 10 минут, при этом у 3 пациентов время появления сахаринового теста составило более 30 минут. При анализе полученных данных выявлена взаимосвязь курения и увеличения длительности времени сахаринового теста. Так, пациенты с временем сахаринового теста более 30 минут имеют стаж курения более 10 лет, ежедневно выкуривая около 1 пачки сигарет.

Выводы. При анализе результатов сахаринового теста необходимо учитывать табакокурение в анамнезе.

Список литературы

1. Proetz A. Essays on the applied physiology of the nose. St. Loius: Annals Publishing Co 1953.

2. Рихельман Г., Лопатин А.С. Мукоцилиарный транспорт: экспериментальная и клиническая оценка. Рос ринол 1994; 4: 33—47.

3. Cohen N.A. Sinonasal mucociliary clearance in health and disease. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 2006; 196: 20—26.

4. Ingels K.J., Kortmann M.J., Nijziel M.R., Graamans K., Huizing E.H. Factors influencing ciliary beat measurements. Rhinology 1991; 29: 1: 17—26.

Сравнение эффективности интратимпанального введения метилпреднизолона с гентамицином при болезни Меньера

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Бухарова К. П.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, buxarowa.ksenia@yandex.ru.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

Введение. Болезнь Меньера — заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами системного головокружения, флюктуирующей низкочастотной сенсоневральной тугоухостью, заложенностью и шумом в ушах [1].

Цель исследования. Сравнить эффективность интратимпанального введения метилпреднизолона и гентамицина при болезни Меньера.

Материалы и методы. Исследование проведено в оториноларингологическом отделении АО МСЧ «Нефтяник» (Тюмень) и на кафедре респираторной медицины ФГБОУ ВО «Тюменского государственного медицинского университета» Минздрава России в 2016—2018 гг. В исследование были включены 22 пациента с БМ в возрасте 18—70 лет (средний возраст 46,7 лет), у которых в течение последних 6 мес наблюдалось как минимум два эпизода системного головокружения, каждое продолжительностью более 20 мин, без эффекта от стандартной терапии (бессолевая диета, бетагистин 24 мг 2 раза в день, ацетазоламид 250 мг 2 раза в день). Всем пациентам была выполнена мультиспиральная компьютерная томография височной кости и проведен осмотр неврологом, по результатам которых были исключены другие причины вестибулопатии. Патологические изменения при проведении тимпанометрии и исследовании функции слуховой трубы не выявлены. Для постановки диагноза использовались критерии, разработанные Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи (AAO-HNS) [3-4].

Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее:

1. Исследование слухового анализатора: шепотная и разговорная речь, камертональное исследование, исследование функции слуховой трубы, акустическая импендансометрия. 2. Тональная пороговая аудиометрия (ТПА) с использованием клинического аудиометра A222 Interacoustics (Дания). Положительными результатами считалось улучшение слуха на 20 дБ, отрицательным — улучшение слуха менее чем на 20 дБ, отсутствие улучшения слуха или его снижение. 3. Для оценки вестибулярного ответа на лекарственные препараты анализировали цервикальные вызванные вестибулярные миогенные потенциалы (ВВМП) через 6 мес. Регистрация ВВМП проводилась на нейроусреднителе Нейро-МВП-4 («Нейрософт», Россия), использовались стандартные условия регистрации. Стимуляцию производили через стандартные наушники. Уровень интенсивности звука 120—140 дБ. Частота стимуляции 3 Гц. 4. Эпизоды головокружения оценивали по результатам сравнения количеств атак головокружения за последние 6 мес. после первой инъекции с количеством эпизодов головокружения за 6 мес. до первой инъекции. Сравнивали результаты до лечения и через 6

мес. после по ШОГ (DHI), разработанной G. Jacobson и C. Newman в 1990 г. и широко применяющейся для объективизации выраженности головокружения в клинических исследованиях. ШОГ имеет три подшкалы: функциональную (по ней оценивают, в какой степени головокружение нарушает повседневную активность больного), эмоциональную (в какой степени головокружение нарушает эмоциональное состояние больного) и физикальную (в какой степени движения головы и тела влияют на головокружение). Сумма баллов от 1 до 30 свидетельствует о легком головокружении, от 31 до 60 — об умеренном, свыше 60 — о выраженном головокружении.

Результаты и обсуждение. Через 6 мес. после первой инъекции препаратов у 5 (55,56%) пациентов 1-й группы и у 7 (77,78%) 2-й группы атак головокружения не было. В течение 12 мес. аудиологические нарушения по результатам ТПА регрессировали у 7 больных 2-й группы. При аудиометрическом исследовании у них было выявлено снижение порогов слуха по костной проводимости на 20—35 дБ. В 1-й группе отмечалось повышение порогов костной проводимости в среднем на 15—20 дБ. Трое больных из 2-й группы отметили ослабление или исчезновение субъективного ушного шума. В 1-й группе регресса субъективного ушного шума не наблюдалось. При сравнении ВВМП до и после терапии отмечено увеличение амплитуд P1 и N1, а также уменьшение коэффициента асимметрии с пораженной стороны. По результатам ШОГ за 6 мес. до начала лечения по сравнению с результатами через 6 мес. после первой инъекции, средние значения суммы баллов по ШОГ спустя полгода после инъекции наиболее значимо уменьшаются во 2-й группе, причем эти изменения статистически достоверны ($p<0,05$). В течение 6 мес. после лечения у пациентов обеих групп отмечалось уменьшение частоты приступов головокружения по сравнению с показателями до терапии: в 1-й группе на 69,81%, во 2-й группе на 91,56% соответственно.

Выводы. У пациентов, получавших лечение метилпреднизолоном, наблюдается более выраженное (в среднем на 21,75%) снижение частоты эпизодов головокружения в течение 6 мес по сравнению с пациентами, получавшими лечение гентамицином, а также уменьшение субъективного головокружения по данным ШОГ (15,9 — в 1-й группе, 8,0 — во 2-й группе). По результатам регистрации ВВМП в обеих группах отмечается увеличение амплитуд P1 иN1 и уменьшение коэффициента асимметрии с пораженной стороны.

Список литературы

1. Yardley L, Dibb B, Osborne G. Factors associated with quality of lifein Meniere’sdisease. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2003;5(28):436441.
2. Бойко Н.В., Кунельская Н.Л. Современные проблемы болезни Меньера. Вестник оториноларингологии. 2016;5(21):89-93.
3. Щербаков Д.А., Крюков А.И., Красножен В.Н. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе. Вестник оториноларингологи. 2017. Т. 82. № 4. С. 32-34.
4. Hoa M, Friedman RA, Fisher LM, Derebery MJ. Prognostic implications of and audiometric evidence for hearing fluctuation in Meniere’s disease. The Laryngoscope. 2015;2(125):1-12.

Информативность исследования микрофлоры полости носа у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Попов И. Б.[1,2] – к. м. н. заведующий кафедрой респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, генеральный директор-главный врач АО «МСЧ Нефтяник», г. Тюмень.

Тырык О. Б.[2] – врач отделения оториноларингологии, tyryk@inbox.ru

Кокарева В. В.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, kokareva_val@mail.ru

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. Хронический полипозный риносинусит является одной из нерешенных проблем ринологии в виду неизвестного этиологического фактора [1]. Тем не менее отмечается положительное влияние от применения ряда антибиотиков, что диктует необходимость изучения состава микрофлоры у пациентов данной группы [2,3].

Цель. Изучить спектр микрофлоры отделяемого из средних носовых ходов у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения АО «МСЧ Нефтяник» совместно с бактериологической лабораторией в 2018 году. В опытную группу вошли 33 пациента (23 женщины, 10 мужчин в возрасте от 20 до 44 лет) с диагнозом хронического полипозного риносинусита. В контрольную группу вошли 18 условно здоровых пациентов (7 женщин, 11 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет), не имеющие в анамнезе заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Все участники предоставили согласие на исследование. Забор материала из среднего носового хода для культурального исследования проводился с помощью стерильного тампона под контролем зрения. В качестве дифференциально-диагностической среды использовались кровяной агар(КА), желточно-солевой агар (ЖСА) и среда Эндо. Посев производился с помощью метода серийных разведений, для подсчета использовали формулу Коха.

Результаты: при исследовании общей обсемененности и спектра микроорганизмов у пациентов опытной и контрольных групп не было выявлено существенных различий. У всех пациентов высеивалась сапрофитная флора, представленная следующими семействами: Enterobacteriaceae, S. hominis, S. hemoliticus, S. delphini, S. aureus, S. intermedius, S.lugdunensis, Streptococcus, Micrococcus, грамотрицательные кокки, дрожжеподобные бактерии и другие. У пациентов опытной группы отмечались явления дисбактериоза, представленные увеличением количества бактерий семейства Enterobacteriaceae, S. hemoliticus, Micrococcus.

Выводы: отсутствие каких-либо значимых различий результатов культурального исследования у пациентов опытной и контрольной групп доказывает неинформативность данного вида исследования, а также не объясняет положительное действие ряда антибиотиков. Явления дисбактериоза у пациентов с ХПРС возможно объяснить функциональным нарушением полости носа и околоносовых пазух, в частности мукоцилиарной дисфункцией. Перспективным методом исследования является определение содержания экзотоксина S. aureus и исследования грибковой микрофлоры.

Список литературы

1. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps / W. J. Fokkens, V. J. Lund, J. Mullol, C. Bachert // Rhinology. – 2012. – Supplement 23. – P. 1-298.

2. Van Zele T, Gevaert P, Holtappels G, et al. Oral steroids and doxycycline: two different approaches to treat nasal polyps. J Allergy Clin Immunol 2010;125:1069–1076.e4

3. The Effect of Macrolides on Myofibroblast Differentiation and Collagen Production in Nasal Polyp–Derived Fibroblasts / H-H.Park, I-H. Park, J-S. Cho, Y.-M. Lee, H-M. Lee // American Journal of Rhinology and Allergy. – 2010. – № 5 (24). – P. 348-353.

Диагностическая значимость конусно – лучевой компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерной томографии и магнитно – резонансной томографии в диагностике грибкового тела околоносовых пазух

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Кротова А. С. [2] – врач отделения оториноларингологии, a.shrubchenko@mail.ru

Малышева Т. Ю. – главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Департамента здравоохранения Тюменской области, заведующая отделением лучевой диагностики ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1».

Русинов Д. А. – врач стоматолог-ортопед, врач-рентгенолог, заместитель главного врача по лечебной работе стоматология № 3, г. Тюмень

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник».

[3] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»

[4] Стоматология № 3, г. Тюмень.

Введение. Диагноз грибкового тела зачастую ставится интраоперационно, что не соответствует современным требованиям медицины [1]. Изучение характерных радиологических признаков грибкового тела, а также понимание диагностических возможностей каждого метода может улучшить дооперационную верификацию диагноза [2,3].

Цель. Оценить значимость визуализирующих инструментов (КЛКТ, МРТ, МСКТ) в диагностике грибкового тела околоносовых пазух.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 550 историй пациентов с различной патологией околоносовых пазух, в обследование которых входили лучевые методы диагностики. Распределение по нозологии следующее: 192 пациента - 34.9% (84 мужчин и 108 женщин, средний возраст 46,3 лет) с диагнозом грибковое тело ОНП, 36 пациентов – 6,6% (12 мужчин и 24 женщины, средний возраст 48,4 лет) с диагнозом инвертированная папиллома, 253 пациентов 46.0 % (128 мужчин и 125 женщин средний возраст 41,8 года) с диагнозом ретенционная киста ОНП, 44 пациента 8.0% (27 мужчин и 17 женщин, средний возраст 44,6 лет) с диагнозом мукоцеле ОНП и 25 пациентов 4.5% (11 мужчин и 14 женщин, средний возраст 61,4 лет) с диагнозом новообразование ОНП. Хирургическое лечение проходило на базе оториноларингологического отделения АО «МСЧ «Нефтяник» г. Тюмени. Диагностическое обследование проводилось на базе отделения лучевой диагностик ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», отделения лучевой диагностики АО «МСЧ «Нефтяник» и Стоматологической поликлиники №3 г. Тюмени. Всего выполнено 450 лучевых исследований, 192 из которых – КЛКТ, 174 – МСКТ, 84 – МРТ. Оценивались такие критерии, как специфичность, чувствительность, общая точность и достоверно положительные результаты (подтвержденные интраоперационно).

Результаты. Из 192 КЛКТ исследований достоверно положительные результаты диагностики грибкового тела оказались лишь у 94 больных, в то время как из 174 МСКТ исследований – 102. МРТ была выполнена 84 пациентам, у 38 пациентов результаты были достоверноположительными. Оценены диагностические возможности: МСКТ – чувствительность грибкового тела ОНП составила 96 %, специфичность – 94 %, общая точность – 94 %. КЛКТ – чувствительность грибкового тела ОНП составила 94 %, специфичность – 91 %, общая точность – 92 %. Данный метод диагностики предпочтителен при подозрении на патологию, связанную с одонтогенным процессом. МРТ – Диагностическая чувствительность грибкового тела ОНП составила 86 %, специфичность – 80 %, общая точность – 83 %. Данный метод диагностики грибкового синусита – метод выбора у беременных пациенток.

Выводы. Самым информативным методом диагностики грибкового тела ОНП является МСКТ. МРТ – метод выбора диагностики грибкового тела ОНП у беременных пациенток. КЛКТ – предпочтительный метод диагностики при подозрении на патологию, связанную с одонтогенным процессом.

Список литературы

1. deShazo RD, O'Brien M, Chapin K, et al. Criteria for the diagnosis of sinus mycetoma. J Allergy Clin Immunol 99:475–485, 1997.

2. Kopp W, Fotter R, Steiner H, Beaufort F, Stammberger H. Aspergillosis of the paranasal sinuses. Radiology, 156 : 715-716, 1985).

3.Stammberger H, Jakse R, Beaufort F. Aspergillosis of the paranasal sinuses: x-ray diagnosis, histopathology, and clinical aspects. Ann Otol Rhinol Laryngol 1984;93:251–256.

Фиброзная дисплазия основания черепа, клиническое наблюдение

Кириченко И. М.[1] – д.м.н., профессор, loririna@yandex.ru.
Попадюк В. И.[1]– заведующий кафедрой оториноларингологии МИ ФГАОУ ВО РУДН, д.м.н., профессор, lorval04@mail.ru
[1]МИ ФГАОУ ВО РУДН, Москва.

Введение. Фиброзная дисплазия - доброкачественное интрамедуллярное фиброзно-костное поражение, в основе которого лежит процесс замещения костной ткани фиброзной, проводящей к деформации костей. Причины развития данной патологии недостаточно ясны, однако считается, что указанные изменения возникаю под действием патологических мутаций гена G sα в хромосоме 20q13.2-13.3, в связи с чем происходим функциональное отклонение остеобластической мезенхимы при развитии кости в эмбриональном периоде, и на эмбриональной уровне генерируется своеобразная кость с фиброзным костным мозгом, способным разрастаться и давать «остеоидную ткань и кость незаконченного типа»[1,2,3].

Впервые заболевание описал В.Р. Брайцев в журналах «Новая хирургия» (1928) и «Archiv klinische Chirurgi» (1928), затем в 1938 году заболевание описал Лихтенштейн и в 1942 Яффе [1,4]. Распространенность фиброзной дисплазии в популяции составляет от 5 до 7 % всех доброкачественных опухолей костей. Заболевание может проявится в любом возрасте, однако большинство случаев диагностируется до тридцати лет. У женщин и мужчин болезнь встречается с одинаковой частотой, поражаются трубчатые кости, ребра, черепно-лицевые кости и кости таза [2,5,6]. Выделяют несколько форм фиброзной дисплазии: монооссальную, полиоссальную Болезнь Мак-Кьюна – Олбрайта, Болезнь Мазанбрауна. Монооссальная фиброзная дисплазия выявляется на более поздних сроках, чем полиоссальная[4,7]. Клинические проявления заболевания различны и зависят от формы болезни и локализации очагов дисплазии.

Фиброзная дисплазия основания черепа вызывает уменьшение и деформацию полости черепа с компрессией головного мозга, сужение естественных каналов черепно-мозговых нервов и сосудов, соустий околоносовых пазух (ОНП), в особенности лобной и клиновидной. Возникают симптомы органического поражения головного мозга и черепно-мозговых нервов, лицевые и головные боли. При распространении в полость носа и околоносовых пазух возникает нарушение носового дыхания, рецидивирующие вторичные синуситы и мукоцеле, расстройства обоняния Дисплазии, вызывающие изменения формы волосистой части головы распознаются позднее. Хирургия этого заболеваний не всегда бывает успешной [8,9,10].

Цель исследования. Изучить возможности хирургического лечения фиброзной дисплазии лобной кости.

Материалы, методы и результаты. Мы представляем клинический случай женщины 41 года с диагнозом прогрессирующей массивной монооссальной фиброзной дисплазии черепа. При осмотре она предъявляла жалобы на постоянную головную боль в правой половине лба, заложенность носа и гнойные выделения справа, беспокоящие в течение более 10 лет. Консервативное лечение имело короткий положительный эффект. Боли в лобной области за последние 6 месяцев усилились. Проявились боли в правой половине лица и правой орбите. Физикальное обследование показало асимметрию правой лобной кости и разный

уровней расположения глазных яблок. При осмотре в среднем носовом ходе визуализировалось образование костной плотности, покрытое слизистой оболочкой с гнойным отделяемым, переходящее на решетчатую кость и среднюю носовую раковину Предоперационные результаты КТ и МРТ соответствовали фиброзной дисплазии, вовлекающей в процесс лобную и решетчатую кости, правую половину носа, переднюю часть основания черепа справа. Передняя решетчатая справа артерия проходила внутри фиброзной дисплазии.

Под эндотрахеальным наркозом часть патологически измененной кости, блокирующее соустья ОНП было успешно удалено эндоскопически без инвазии в полость черепа и травмы передней решетчатой артерии. В область сформированного носолобного соустья был установлен силиконовый стенд сроком на 14 дней. Проводилась антибактериальная, противоотечная терапия, местное орошение соустий ОНП антисептиками и топическими стероидами. Пациентка находилась под наблюдением в течение года без признаков рецидива головной боли или рецидива синусита.

Выводы. При таком типе заболевания пациентам необходим комбинированный подход к диагностике и лечению с использованием КТ, МРТ и малоинвазивной эндоскопической хирургии. Основные принципы хирургического лечения заключаются не в полном удалении фиброзной дисплазии костной ткани, а в создании декомпрессии близлежащий анатомический структур для профилактики рецидивов воспаления околоносовых пазух и развития сосудистых и неврологический дефицитов.

Список литературы

1. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001. - 640 с.
2. Amit M, Collins MT, FitzGibbon EJ, et al. Surgery versus watchful waiting in patients with craniofacial fibrous dysplasia—a meta-analysis. PLoSOne 2011;2013:e25179
3. Chapurlat R. Medical therapy in adults with fibrous dysplasia of bone. J Bone Miner Res 2007; 2013:114–17.
4. Grasso DL, Guerci VI, Di Emidio P, et al. Dizziness as presenting symptom of monostotic fibrous dysplasia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra 2006;2013:138–41
5. Lustig LR, Holliday MJ, McCarthy EF, et al. Fibrous dysplasia involving the skull base and temporal bone. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;2013:1239–47
6. Mueller C, Temmel AF, Toth J, et al. Computed tomography scans in the evaluation of patients with olfactory dysfunction. Am J Rhinol 2006;2013:109–12.
7. Rahman AMA, Madge SN, Billing K, et al. Craniofacial fibrous dysplasia: clinical characteristics and long-term outcomes. Eye 2009;2013:2175–81.
8. Rojas R, Palacios E, Kaplan J, et al. Fibrous dysplasia of the frontal sinus. Ear Nose Throat J 2004;2013:14–15.
9. Schreiber A, Villaret AB, Maroldi R, et al. Fibrous dysplasia of the sinonasal tract and adjacent skull base. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2012;2013:45–52.
10. Sharma RR, Mahapatra AK, Pawar SJ, et al. Symptomatic cranial fibrous dysplasias: clinico-radiological analysis in a series of eight operative cases with follow-up results. J Clin Neurosci 2002;2013:381–90.

Наш опыт эндоскопической эндоуральной стапедопластики

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru

Бухарова К. П.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, buxarowa.ksenia@yandex.ru

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

Введение. Поражение органа слуха относится к одной из самых важных проблем медицины. По данным ВОЗ, более 5% населения планеты — около 360 миллионов человек (328 миллионов взрослых людей и 32 миллиона детей) — страдает от инвалидизирующей потери слуха. Прежде всего, потеря слуха сказывается на способности человека общаться с другими людьми [1,2].

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопической эндоуральной стапедопластики.

Материалы и методы. На базе оториноларингологического отделения АО «МСЧ «Нефтяник» проведен анализ хирургического лечения 18 пациентов с отосклерозом, которым была выполнена операция стапедопластика в 2018-2019 гг., из них 16 женщин и 2 мужчины в возрасте от 20 до 55 лет. Всем пациентам проведен традиционный осмотр ЛОР-органов, исследование слуха камертонами (проба Вебера, Рине, Желле), отоскопию, тональную пороговую аудиометрию и тимпанометрию с регистрацией акустического рефлекса. После операции динамический аудиометрический контроль осуществлялся через 3 мес.

Результаты и их обсуждение. Ведущей жалобой было снижение слуха, у 15 пациентов отмечался ушной шум, у 14 пациентов аудиологически выявлена тимпано-кохлеарная, у 4 – тимпанальная форма отосклероза. Показанием к операции служила выраженная тугоухость (II – III степени) по кондуктивному и смешанному типу, отсутствие латерализации звука в камертональной пробе Вебера. Костно-воздушный интервал (КВИ) на тональной аудиограмме состовляет не менее 20 дБ в зоне речевых частот с расположением кривой воздушной звукопроводимости не выше 40 дБ. Хирургическое вмешательство осуществлялось под эндотрахеальным наркозом, инфильтрация S. Noropini 2% -10.0 с 2 каплями адреналина производился разрез по Розену. Проводили отсепаровку миатотимпанального лоскута. Долотом и костной ложкой снимали навес задней стенки наружного слухового прохода. Определялось неподвижное стремя и выполнялось разъединение наковальне-стремянное сочленения. Пересекалось сухожилие m. Stapedius и задняя ножка стремени. Суперструктуры стремени удалялись. С помощью трехгранной призмы производили перфорацию подножной пластинки стремени. На длинную ножку наковальни устанавливали соответствующий титановый протез. Отверстие в подножной пластинке вокруг ножки протеза герметизировали аутожиром, взятым из мочки уха. Меатотимпанальный лоскут укладывали на место и выполнялась тампонада наружного слухового прохода спонгостаном.

Эффективность результатов операции оценивалась, в первую очередь, по субъективному ощущению улучшения слуха, степени снижения порогов слуха при воздушном звукопроведении (данные пороговой и речевой аудиометрии) с учетом изменений дооперационных показателей костно-воздушного интервала (КВИ) спустя 3 месяца после оперативного лечения.

Выводы. Пороги слуха при воздушном звукопроведении уменьшились в среднем на 35-45 дБ. Закрытие КВИ до 20 дБ и менее. При оценке результатов стойкое улучшение слуха отмечено в 93.5% случаев. У 6,5% оперированных пациентов слух не изменился. Ухудшение слуха не наблюдалось.

Список литературы

1. Крюков А.И., Гаров Е.В., Зеликович Е.И., Сидорина Н.Г., Федорова О.В., Зеленкова В.Н., Калошина А.С., Загорская Е.Е., Куриленков Г.В., Киселюс В.Э Стапедопластика в лечении тугоухости у больных облитерирующим отосклерозом. Вестник оториноларингологии. 2017. Т. 82. № 6. С. 28-33.
2. Лазарева Л.А., Морозова М.В., Дворянчиков В.В., Музаева Б.Р. Участие центральных механизмов регуляции в патогенезе отосклероза (обзор литературы) Российская оториноларингология. 2017. № 1 (86). С. 135-143.

Хирургическое лечение ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа

Грачев Н. С.[1] – д.м.н., заведующий отделением онкологии и детской хирургии ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрава России; заведующий кафедрой оториноларингологии Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВО «МГУПП» ИМСТ, nick-grachev@yandex.ru.

Ворожцов И. Н.[1] – к.м.н., руководитель группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, dr.vorozhtsov@gmail.com.

Полев Г. А.[1] – к.м.н., старший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева» Минздрава России, drpolev@gmail.com.

Фролов С. В.[1] – младший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, frolov.lor@gmail.com.

[1]НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, г.Москва, Россия.

Введение. Ювенильная ангиофиброма (ЮА) - доброкачественная сосудистая опухоль. ЮА локализуется в области основания черепа и смежных анатомических структурах и поражает только мальчиков - подростков. Обильное кровоснабжение опухоли, сложное строение окружающих анатомических структур, детский возраст пациентов обусловливает сложность хирургического лечения.

Цель исследования. Выполнить ретроспективный анализ результатов хирургического лечения ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа и оценить частоту возникновения рецидивов и продолженного роста.

Материалы и методы. С 2013 по 2019 были прооперированы 93 пациента 7-18 лет страдающих ювенильной ангиофибромой носоглотки и основания черепа стадий I-IIIB в соответствии с классификацией Fisch-Andrews. Было выполнено 114 операций (из них 21 повторных), 7 с использованием открытых доступов и 107 были выполнены с использованием трансназального эндоскопического доступа.

Результаты и их обсуждение. 78 пациентов были прооперированы радикально (2 рецидива), у 12 пациентов был выявлен остаточный опухолевый компонент (10 из них с продолженным ростом) и 3 пациента изначально планировались на двухэтапное хирургическое лечение. Повторные операции были выполнены у 15 пациентов (8 из них радикально, 2 с остаточным опухолевым компонентом без продолженного роста). У 5 пациентов был выявлен продолженный рост опухоли, и они подверглись еще одному повторному хирургическому вмешательству (2 радикально, 2 с остаточным опухолевым компонентом без продолженного роста). 1 пациенту было выполнено третье повторное хирургическое вмешательство, затем пациент был направлен на лучевую терапию. Таким образом рецидив или продолженный рост опухоли был выявлен у 12 пациентов (15.4%) после первичного хирургического лечения. Из 15 пациентов, подвергнутых повторному

хирургическому лечению (3 изначально планировалось двухэтапное хирургическое лечение), у 5 пациентов мы встретили продолженный опухолевый рост (33.3%). В нашей группе: 65 были прооперированы радикально, у 7 пациентов был остаточный опухолевый компонент без продолженного роста, 1 пациент получил лучевую терапию. Наблюдение пациентов составило от 1 до 72 месяцев.

Выводы. 1) Все пациенты которые были оперированы по поводу продолженного опухолевого роста имели IIIa-IIIb стадии в соответствии с классификацией по Fisch-Andrews. 2) При наличии остаточного компонента в крыловидном отростке и большом крыле клиновидной кости продолженный рост опухоли является более вероятным. 3) Риск рецидива ювенильной ангиофибромы носоглотки увеличивается с кол-вом предшествующих операций.

Список литературы

1. Яблонский С. В. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте: автореф. дис. . докт. мед. наук. М., 1999. 39 с.

2. Богомильский М. Р. Детская оториноларингология [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов/ М.Р.Богомильский, В.Р.Чистякова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 570 с.

3. Danesi G, Panciera DT, Harvey RJ, Agostinis C. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: evaluation and surgical management of advanced disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2008;138(05):581–586

4. Janakiram TN, Sharma SB, Kasper E, Deshmukh O, Cherian I. Comprehensive preoperative staging system for endoscopic single and multicorridor approaches to juvenile nasal angiofibromas. Surg Neurol Int. 2017 Apr 26;8:55. doi: 10.4103/sni.sni 295 16. eCollection 2017.

5. Грачев Н.С., Ворожцов И.Н. Транскрыловидное удаление рецидивирующей ювенильной ангиофибромы основания черепа без предоперационной эмболизации. Вестник оторинолар. 2017.-N 3.-С.62-65.

6. Юнусов А. С., Закариев А. С. Особенности ведения больных с юношеской ангиофибромой основания черепа. Рос. оторинолар. 2009. - № 1. - С. 385 - 389.

7. Погосов В.С., Мирошниченко Н.А. Диагностика и лечение юношеских ангиофибром основания черепа. Вестник оториноларингологии. 1999; 5: С. 4-7.

Опыт аппликационного способа примененяи митомицина-с после реоперационной эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии

Щербаков Д. А.[1] –д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Попов[1,2] – к. м. н. заведующий кафедрой респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, генеральный директор-главный врач АО «МСЧ Нефтяник», г. Тюмень.

Кротова А. С.[2] – врач оториноларингологического отделения, a.shrubchenko@mail.ru

Соловьева А.А.[1] – студент педиатрического факультета.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник».

Введение. Эндоскопическая дакриоцисториностомия (ЭЭДЦР) в настоящее время является наиболее результативным методом лечения облитераций слезоотводящих путей, но количество рецидивов заболевания достигает 20% [2,3,4,5,6,7,8,9,10,11]. 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 аппликационного способа применения Митомицина С после повторной ЭЭДЦР у пациентов со стенозом носослезного канала.

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

Материалы и методы. В исследование включено 10 пациентов (8 женщин и 2 мужчин), обратившихся в АО «МСЧ «Нефтяник» с октября 2018 года по март 2019 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 в область вновь сформированной дакриостомы помещали турунду ММС в концентрации 0,2 мг/мл на 3 минуты. 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 их обсуждение. По итогам исследования наблюдалось «выздоровление» – у 9 пациентов, «рецидив» – у 1 пациента. Осложнения не выявлены.

Выводы. Результаты клинического применения аппликационного способа введения раствора ММС в ходе операции 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 / Н. Д. Кульбаев, Р. Т. Нигматуллин, Д.А. Щербаков // 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 верхнечелюстнойпазухи по данным компьютерной томографии с функцией 3D / Д. А. Щербаков // Морфология. – 2014.– Т. 145. – № 1. – С. 43-46.

7. Щербаков Д.А. Опыт трансканаликулярного применения Митомицина-С после реоперационной эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии / Д.А. Щербаков, А.С. Кротова, А.А. Соловьева // Перспективы развития оториноларингологии в Тюменской области: тезисы доклада областной научно-практической конференции (Тюмень, 05-06 апреля 2019 г.). – Москва, 2019. – С.23-24.

8. Щербаков Д.А. Опыт применения Митомицина-С после баллонной дакриопластики / Д.А. Щербаков, А.А. Соловьева // Перспективы развития оториноларингологии в Тюменской области: тезисы доклада областной научно-практической конференции (Тюмень, 05-06 апреля 2019 г.). – Москва, 2019. – С.21-22.

9. 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 / M.J. Ali, M. N. Naik // Saudi J Ophthalmol. – 2014. –Vol.1. – №28. – P. 40-43.

10. 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.

11. 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.

Принципы лечения пациентов с эпифорой

Щербаков Д. А.[1] –д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Кротова А. С.[2] – врач оториноларингологического отделения, a.shrubchenko@mail.ru

Екимова А. Е.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, nastasiaekimova@gmail.com

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России

[2] АО «МСЧ «Нефтяник»

Введение. В настоящее время эпифора является довольно распространенной проблемой, особенно среди пациентов пожилого возраста [1-4]. В большинстве случаев причиной стойкого слезотечения становится нарушение слезоотведения. Учитывая, что в зависимости от уровня поражения слезоотводящих путей существуют разных подходы к лечению, необходимо на этапе диагностического поиска точно определять локализацию патологического процесса [5].

Цель исследования. Разработать лечебно-диагностический алгоритм ведения пациентов с патологией слезоотводящих путей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с жалобами на хроническое слезотечение, проходивших лечение на базе отделения оториноларингологии АО МСЧ Нефтяник в г.Тюмени. Всем пациентам проведено комплексное обследование по разработанному нами алгоритму.

1 этап: на первичном приеме у офтальмолога определяли причину слезотечения.

2 этап: пациентам, у которых причиной слезотечения была патология вертикального отдела слезоотводящих путей, проводилась КТ околоносовых пазух и орбит.

3 этап: осмтр врачом оториноларингологом с целью определения объема оперативного лечения.

При выявлении злокачественного новообразования пациенты направлялись к врачу-онкологу.

В исследование было включено 150 пациентов с патологией вертикального отдела слезоотводящих путей. В первую круппу вошло 120 пациентов с обструкцией носослезного канала. Всем пациентам под общим наркозом проводили дакриоцисториностомию. Во вторую группу были включены пациенты со стенозом носослезного канала без патологии полости носа и околоносовых пазух. Пациентам под общим наркозом выполняли баллонную дакриопластику.

При наличии сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух выполняли корригирующие операции.

Результаты проведенного лечения оценивались через семь дней и через один месяц. Субъективную оценку слезотечения определяли по шкале Munk. Проводили промывание слезоотводящих путей, эндоскопический осмотр полости носа.

Результаты и их обсуждение. У пациентов 1-й группы положительный результат у 78 пациентов (65%); отрицательные результаты- у 42 (35%). У пациентов 2-й группы положительные результаты наблюдались у 20 пациентов (66,7%); отрицательные результаты – у 10 пациентов (33,3%). У 1 пациента, обратившегося в отделение оториноларингологии АО МСЧ Нефтяник, по данным КТ околоносовых пазух выявлено образование, занимающее верхнечелюстную пазуху с проростание в носослезный канал и решетчатый лабиринт справа. Из заключения МРТ с контрастированием: BL- верхнечелюстной пазухи, метастаз в задней черепной ямке, комплимирующий ствол мозга . Пациент направлен в онкодиспансер.

Заключение. Проведенное исследование показало эффективность применения разработанного нами алгоритма веденич пациента с эпифорой.

Список литературы:

1. Tanigawa T. Outcomes of endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy for intractable lacrimal dacryostenosis and associated factors / T. Tanigawa, H. Sasaki, H. Nonoyama et al. // International Journal of Ophthalmology. - 2016. - V. 9. - №10. - P. 1471-1475

2. Атькова Е.Л. Сравнительный анализ результатов баллонной дакриопластики при стенозах вертикального отдела слезоотводящих путей различной локализации / Е.Л. Атькова, В.Д. Ярцев, Н.Н. Краховецкий, А.О. Роот // Вестник офтальмологии. – 2015. – Т.1. - №4. – С. 66-72.

3. Beshay N. Anatomical and subjective success rates of endonasaldacryocystorhinostomy over a seven-year period / N. Beshay, R. Ghabrial // Eye. - 2016. - № 30. - P. 1458-1461.

4. Атькова Е.Л. Оптимизация методов интубации дакриостомы при эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии / Е.Л. Атькова, Н.Н. Краховецкий, В.Д. Ярцев, А.О. Роот // Folia otorhinolaryngologiae et pathologiaerespiratiriae. – 2015 – Т. 21. - №2. – С. 21-23.

5. 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 / M.J. Ali, M.N. Naik // Saudi J Ophthalmol. - 2014 - V. 28. - № 1. -P. 40-43.

Опыт хирургии внеорганных опухолей шеи у детей

Грачев Н. С.[1] – д.м.н., заведующий отделением онкологии и детской хирургии ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрава России; заведующий кафедрой оториноларингологии Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВО «МГУПП» ИМСТ, nick-grachev@yandex.ru

Ворожцов И. Н.[1] – к.м.н., руководитель группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, dr.vorozhtsov@gmail.com

Полев Г. А.[1] – к.м.н., старший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева» Минздрава России, drpolev@gmail.com

Бабаскина Н. В.[1] – младший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, nbabaskina@bk.ru,

Калинина М. П.[1] – челюстно-лицевой хирург отделения онкологии и детской хирургии ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева" Минздрава России, margarita.kalinina@fccho-moscow.ru

Фролов С. В.[1] – младший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, frolov.lor@gmail.com

[1]НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, г.Москва, Россия.

Введение. Выделение внеорганных опухолей шеи по анатомическому признаку аналогично с опухолями средостения и забрюшинного пространства в отличие от распространенной гистогенетической классификации предложено Блохиным Н.Н. и Фалилеевым Г.В. Внеорганные опухоли шеи по морфологическому признаку классифицировались на нейроэктодермальные (невриномы, шванномы, параганглиомы, злокачественные опухоли из оболочек периферических нервов), опухоли из производных мезенхимы (соединительной, жировой, сосудов, мышц и др.), дисэмбриональные опухоли (зрелые и незрелые тератомы, герминогенно-клеточные опухоли).

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с внеорганными опухолями шеи и лимфаденопатиями различной этиологии, распределения этой разнородной группы пациентов по нозологическим формам, анализ осложнений, оценка частоты рецидивов и продолженного роста опухолей.

Материалы и методы. С 08.2012 по 08.2019 в отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ выполнено 570 операций по поводу внеорганных опухолей шеи у детей (271 удалений и 299 биопсий). Из исследования исключены пациенты с опухолями щитовидной железы, опухолями околоушных слюнных желез, опухолями лицевого скелета, опухолями кожи. В исследование вошли пациенты с лимфаденопатиями различной этиологии, истинными внеорганными опухолями шеи и парафарингеального пространства. Исследованы нозологическая структура этой выборки пациентов, осложнения хирургических вмешательств, обсуждены спорные моменты выбора тактики хирургического лечения

крупных лимфангиом, в т.ч. у пациентов первого года жизни, описаны хирургические нюансы и представлены катамнестические данные пациентов со злокачественными внеорганными опухолями шеи (ЗВОШ) у детей, а также крайне редкими опухолями сложных анатомических локализаций (гетеротопия глии в парафарингеальное пространство, хемодектомы). Период наблюдения составил от 1 мес до 7 лет.

Результаты и их обсуждение. В условной группе «биопсии» (n=299), в которую вошли частичные резекции или эксцизионные биопсии образований в объеме радикального удаления, значительную часть составили поражения лимфоузлов при лимфомах (29%), саркомы и рабдоидные опухоли (18%), нейробластомы и ганглионейромы (8%), обширную группу составили поражения лимфатических узлов при различных иммунологических и гематологических заболевания: лейкозы, первичные иммунодефициты, неуточненные лимфаденопатии (33%). Процент осложнений в данной группе составил около 1%, все осложнения были устранены интраоперационно (1 случай ранения внутренней яремной вены с ушиванием дефекта, 1 случай интраоперационной хилореи с ушивание грудного лимфатического протока в венозном углу, 1 случай ранения ротоглотки с одномоментной пластикой). В группе «удалений» (n=271) значительную часть составили лимфангиомы (31%), саркомы (14%), нейробластомы (7%), дисэмбриональные опухоли шеи: срединные, боковые кисты, тератомы, эктопии глии (13%). Процент осложнений в данной группе составил 5,1%: 1 клинически значимая хилорея, потребовавшая ревизии и ушивания грудного лимфатического протока, 6 ранений ВЯВ (все дефекты ушиты), 4 ранения ротоглотки с одномоментной местной пластикой, 1 ранение подключичной артерии с ушиванием дефекта, 1 клинически значимое ранение плечевого сплетения, 1 ранение диафрагмального нерва.

Выводы. Низкий уровень онкологической настороженности среди специалистов первичного звена в педиатрической практике (педиатры, детские хирурги, оториноларингологи, челюстно-лицевые хирурги) нередко приводит к запоздалой постановке диагноза при внеорганных опухолях шеи у детей. Подавляющее большинство пациентов с ВОШ, перед поступлением в НМИЦ ДГОИ получали по месту жительства консервативную, в т.ч. физиотерапию по поводу «лимфаденита», даже несмотря на отсутствие положительной динамики от проводимого лечения. Отсроченное проведение биопсии не верифицированных образований шеи нередко приводит к техническим трудностям при хирургическом лечении, а также к ухудшению прогноза для пациента.

Список литературы

1. Фалилеев Г.В. Внеорганные опухоли шеи (клиника, диагностика, лечение). Докт. дисс. , М., 1971

2. Lucumay EM, Gilyoma JM, Rambau PF, et al. Paediatric neck masses at a University teaching hospital in northwestern Tanzania: a prospective analysis of 148 cases. BMC Res Notes 2014;7:772.

3. Unsal O, Soytas P, Hascicek SO, et al. Clinical approach to pediatric neck masses: retrospective analysis of 98 cases. North Clin Istanb 2017;4:225–32.

4. Curtis WJ, Edwards SP. Pediatric neck masses. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2015;23:15–20.

5. Osifo OD, Ugiagbe EE. Neck masses in children: etiopathology in a tertiary center. Niger J Clin Pract 2011;14:232–6.

6. Turkington JR, Paterson A, Sweeney LE, et al. Neck masses in children. Br J Radiol 2005;78:75–85.

7. Shengwei H, Zhiyong W, Wei H, et al. The management of pediatric neck masses. J Craniofac Surg 2015;26:399–401.

Вариантная анатомия расположения носослезного канала у жителей тюменской области

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Симонов А. В.[2] – к. м. н., заведующий отделением онкоморфологии и высокотехнологичных методов диагностики патологоанатомического бюро ГАУЗ ТО «Многопрофильный медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень.

Кротова А. С.[3] – врач-оториноларинголог, a.shrubchenko@mail.ru

Екимова А. Е.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, nastasiaekimova@gmail.com

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России

[2] ГАУЗ ТО «Многопрофильный медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень

[3] АО «МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Введение. Слезная ямка и носослезный канал проецируются, в большинстве случаев, в области переднего края средней носовой раковины. Однако, существуют иные варианты расположения слезной ямки и носослезного канала, которые могут быть частично или полностью прикрыты средней носовой раковиной, а у некоторых пациентов носослезный канал находится далеко кпереди от переднего края средней раковины [1-4].

Цель исследования. Изучить топографо-анатомическое взаимоотношение носослезного канала по отношению к структурам полости носа.

Материалы и методы. В исследование было включено 200 пациентов (400 носослезных каналов), без патологии со стороны слезоотводящих путей и околоносовых пазух. Пациентам была выполнена конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области. Оценивали расстояние от середины просвета носослезного канала до переднего края средней носовой раковины в аксиальной проекции. Также учитывали наличие concha bullosa в средних носовых раковинах.

Результаты и их обсуждение. По данным исследования компьютерных томограмм лишь у 20 пациентов носослезный канал расположен у переднего края средней носовой раковины. У 70 пациентов проекция носослезного канала изменена.

Выявлены следующие варианты расположения носослезного канала:

1. В 38,9% (78 носослезных каналов) носослезный канал расположен в области переднего края средней носовой раковины. Среднее расстояние от проекции носослезного канала до переднего края средней носовой раковины составляет 4 мм.

2. В 30% (60 носослезных каналов) носослезный канал расположен на одном уровне с передним краем средней носовой раковины. Из них в 50% случаев выявлена concha bullosa средней носовой раковины, с той же стороны. В 8% обнаружена гиперпневмотизация клетки agger nasi.

3. В 13,8% (28 носослезных каналов) носослезный канал проецируется кзади от переднего края средней носовой раковины. Максимальное расстояние, от переднего края средней носовой раковины до середины просвета носослезного канала, составило 9,2 мм. В 40% есть concha bullosa средней носовой раковины, с той же стороны.

4. В 17,2% (34 носослезный канал) носослезный канал расположен кпереди от переднего края средней носовой раковины. Учитывалось расстояние более 7 мм от носослезного канала до переднего края средней носовой раковины (максимальное расстояние 23,2 мм).

Выводы:

1. Только в 38,9% случаев проекция носослезного канала соответствует области переднего края средней носовой раковины.

2. В 20,5% случаев есть concha bullosa средней носовой раковины, что может значительно затруднить доступ к слезоотводящим путям.

Список литературы

1.Бокштейн Ф. С. Внутриносовая хирургия. — М.: Медгиз, 1966. — 230 с.

2.Володеев А.В., Щербаков Д.А. Костная киста верхнечелюстной пазухи случай из практики и обзор литературы // Университетская медицина Урала - № 1 – 2016 – с. 43-47

3. Adam J. Cohen, Michael Mercandetti, Brian G. Brazzo The lacrimal system. Diagnosis, management and surgery// Springer-Verlag Berlin Heidelberg — 2006 – p.279

4. Satheesh Kumar Bhandary, Shrinath D., Kamath P. Study of relationship of concha bullosa to nasal septal deviation and sinusitis // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg – July–September 2009 – Vol. 61 – p.227–229.

Альтернативные способы реконструкции челюстно-лицевой области

Сельский Н. Е.[1] – д. м. н., профессор, челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-хирург, действительный член Европейской ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов, заслуженный врач Российской Федерации и республики Башкортостан, professor@doctorselskiy.ru.

Трохалин А.В.[2] – к. м. н., челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-хирург, врач стоматолог-ортопед.

Коротик И.О.[2] – челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-хирург, врач стоматолог-ортопед, научный и клинический консультант по вопросам сложного челюстно-лицевого протезирования, ikorotik@gmail.com.

[1]ООО «Клинический центр профессора Сельского», отделение челюстно-лицевого протезирования.

[2]ЗАО "Косметологическая лечебница", клиническая база ФГБОУ ВО "БГМУ" Минздрава России.

Введение. Дефекты лицевой области (наружного носа, орбиты, наружного уха, а также их сочетанные изъяны) доставляют больным большие страдания, препятствуя их интеграции в социуме. По нашим данным причиной дефекта лицевой области в 85% случаях приходится на врождённые дефекты, 10% на пострезекционные и 5% - посттравматические.

Восстановление дефектов подобного рода представляет собой особые трудности, в виду сложности анатомии восстанавливаемой части лица и непредсказуемости результата при пластических операциях. Зачастую восстановительные методики многоэтапные, травматичны для больного.

Экзопротезирование в значительной мере, по сравнению с хирургической реконструкцией, решает проблему эстетической и иногда функциональной реабилитации больного с дефектами лица. Фиксация экзопротеза составляет отдельную проблему. Для решения данного вопроса были предложены способы фиксации экзопротеза на очковой оправе, на клею, создаются хирургическим путем дополнительные ретенционные пункты. Постоянное использование клея ведет к развитию аллергических реакций, мацерации кожи. Фиксация протеза на очковой оправе вынуждает практически постоянно носить очки и не надежна.

В 1975 г. A. Tjellstrom ученик и последователь P. I. Branemark – разработал и внедрил экстраоральные имплантаты, для фиксации аппарата костной проводимости звука, в последующем используемые для фиксации лицевого протеза.

Цель исследования. Анализ опыта устранения сложных лицевых дефектов экзопротезами с опорой на различные виды экстраоральных имплантатов.

Материалы и методы. С 2005 года под нашим наблюдением находится 52 человека. Из них диагнозом тотальный дефект наружного уха различной этиологии 29 человек (5 человек с двусторонней микротией), 19 - с анофтальмом, 2 - с дефектом наружного носа и 2 пациента с сочетанным дефектом половины лица. Для фиксации лицевых протезов были установлены 112 экстраоральных имплантатов.

В одном случае у пациента с двусторонней микротией в результате неудовлетворительной гигиены кожи вокруг абатментов возник переимплантит, экстраоральные имплантаты открытого типа (4 имплантата) были удалены. В последующем была произведена реимплантация.

В отдаленный постоперационный период (от 4 до 24 недель) было изготовлено 105 индивидуальных протезов с опорой на имплантаты. Наш опыт определил, что срок эксплуатации протеза в виду износа силикона составляет 2 года, 60% больных протезы изготовлены повторно. 40 пациентов (97%), получившие индивидуальный лицевой протез отмечают хороший эстетический результат, надежную фиксацию протеза. 1 человек (3%) в виду ярко выраженной сочетанной деформации лица остался недоволен результатами реабилитации. 6 больных с открытыми имплантатами жалуются на затруднительную гигиену кожи вокруг имплантатов Индивидуальный лицевой протез с опорой на экстраоральные имплантаты имеют ряд преимуществ перед хирургическим лечением и экзопротезированием, такие как:

- Предсказуемость результата
- Малая травматичность
- Одна операция
- Надежная фиксация протеза без дополнительных вспомогательных средств (очковая оправа, головная лента)
- Высокий эстетический результат

Выводы. Применение экстраоральных имплантатов для фиксации лицевых протезов и применение силикона как протезного материала – перспективный шаг в социальной адаптации больных с лицевыми дефектами различной этиологии. Наш опыт показывает, что на сегодняшний день необходимо отказаться от традиционных реконструктивных операции при тотальном дефекте наружного уха, носа в виду невозможности создания сложного трехмерного рельефа и многоэтапности восстановительных операций.

Список литературы

1. Aguilar E. Auricular reconstruction in congenital anomalies of the ear. Facial Plast Surg Clin North Am 2001, 9:159-169

2. Angermeyer M., Kilian R., Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen 2000

3. Ganzer U., Konsensusbericht: Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Operationen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Kopf-Hals-Chirurgie. HNO 1999, 1:45-50

4. Horenburg L. Evaluierung der Ergebnisse und der Lebensqualität nach epithetischer Versorgung der Ohrmuschel, Doktorarbeit, 2010, Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

5. Luciano Lauria 2004

6. Сельский Н.Е., Мухамадиев Д. М., Зарудий Р. Ф., В. Рошман, Рыжов В. А., Б. Буркхард Результаты экзопротезирования 5 пациентов с дефектами челюстно-лицевой области с помощью системы Вистафикс, Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии №2, Москва 2006. С. – 35-41

7. Pham T., Early S., Park S. Surgery of the auricle. Facial Plast Surg 2003, 19:53-74

8. Romo T., Presti P., Yalamanchili H, Medpor alternative for microtia repair. Facial Plast Surg Clin North Am 2006, 14:129-136

9. Lindner T., Simmen D. Atresia auris congenita – Wie beraten, wann behandeln? Schweiz Med Forum 2005, 5:897-903

10. Naumann HH, Helms J, Herberhold C, Kastenbauer E. Otorhinolaryngologie in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart 1994, S 1-31)

11. Tüchler H., Lutz D. Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1991

12. Sutherland H., Till J. Quality of life assessments and levels of decision making: Differentiating objectives. Quality of Life Research 1993, 2:297-303

13. Quatela V., Thompson S., Goldman N. Microtia reconstruction. Facial Plast Surg Clin North Am 2006, 14:117-127

CFD-моделирование воздушных потоков при хирургии верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход

Щербаков Д.А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Кротова А.С.[2] – врач отделения оториноларингологии, a.shrubchenko@mail.ru.

Екимова А. Е.[1] – врач ординатор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР, nastasiaekimova@gmail.com.

Черемных Н. И.[3] – врач-ординатор кафедры оториноларингологии Омского ГМУ Минздрава России, nikita_cheremnyh@mail.ru.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] АО «МСЧ «Нефтяник».

[3]Омский ГМУ Минздрава России.

Введение. При отсутствии изменений в области естественного соустья, нецелесообразно нарушение анатомической целостности остиомеатального комплекса, так как это приводит к излишней вентиляции ВЧП, и развитию патологических состояний, в том числе вторичной мукоцилиарной дисфункции [3,4]. В данном случае предпочтительно осуществлять санацию ВЧП через искусственное соустье в области нижнего носового хода [1,2,6].

Цель исследования. На основе метода вычислительной аэродинамики смоделировать воздушные потоки в полости носа и ВЧП после хирургии через нижний носовой ход.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов обоего пола (средний возраст 31±16,7 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 компьютерных томограмм пациентов, создавали цифровые трехмерные модели воздушных пространств полости носа и ВЧП с обязательным включением каналов и соустий, сообщающих полость носа и ВЧП. Затем, с помощью программного комплекса Ansys Fluent, 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.

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

Полученные результаты сравнивали с рабочей моделью околоносовых пазух без патологии, полученной в предыдущих исследованиях [3,5].

Результаты и их обсуждение. Моделирование воздушных пространств полости носа и ВЧП позволило получить цифровую модель, включающую всю верхнечелюстную пазуху, соответствующую половину полости носа и носоглотку. Цифровое моделирование воздушных потоков после хирургии ВЧП через нижний носовой ход показало отсутствие массобмена и

изменений в скоростях и между ВЧП и полостью носа. Полученные результаты соответствуют аэродинамике в полости носа и околоносовых пазухах без патологии.

Выводы:

1) Хирургия верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход позволяет избежать развития патологического массообмена газов между пазухами и полостью носа;

2).Рекомендовано осуществлять санацию ВЧП через искусственное соустье в области нижнего носового хода при локализации патологического процесса в базальных отделах пазухи.

Список литературы

1. Анютин Р.Г. Наш опыт эндоскопической микрогайморотомии / Анютин Р.Г., Корниенко А.М., Рябинин В.А., Корниенко Р.А. // Российская ринология. – 2010. – Т. 18., № 3. – С. 21-22.

2. Карпищенко С.А. Малоинвазивный доступ к верхнечелюстной пазухе / Карпищенко С.А., Баранская С.В. // Практическая медицина. – 2015. – № 2. – С. 19-22.

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. – P. 73-79.

4. Щербаков Д.А. CFD-моделирование воздушных потоков при хирургии верхнечелюстной пазухи / Щербаков Д.А., Крюков А.И., Красножен В.Н. и др. //Дневник казанской медицинской школы. – 2017. – № 4 (17). – С. 59-63.

5. Щербаков Д.А. Вычислительная аэродинамика полости носа при 3 типе искривления носовой перегородки по R. Mladina / Щербаков Д.А., Губайдуллин И.Р., Малишевский Л.М., Екимова А.Е. // Университетская медицина Урала. – 2017. – Т. 3, № 3 (10). – С. 44-45.

6. Buczko K. Minimally invasive medial maxillectomy and the position of nasolacrimal duct: the CT study / Buczko K., Janica J., Lukasiewicz A. et al. // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2017. – Vol. 274(3). – P. 1515–1519.

Комбинированные трансбазальные и трансназальные эндоскопические доступы в хирургии основания черепа у детей

Грачев Н. С.[1] – д.м.н., заведующий отделением онкологии и детской хирургии ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрава России; заведующий кафедрой оториноларингологии Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВО «МГУПП» ИМСТ, nick-grachev@yandex.ru

Ворожцов И. Н.[1] – к.м.н., руководитель группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, dr.vorozhtsov@gmail.com.

Полев Г. А.[1] – к.м.н., старший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева» Минздрава России, drpolev@gmail.com.

Самарин А. Е.[1] – младший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, alexey.e.samarin@gmail.com.

Фролов С. В.[1] – младший научный сотрудник группы хирургии головы и шеи с реконструктивно-пластической хирургией ФГБУ "НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева " Минздрава России, frolov.lor@gmail.com.

[1]НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, г.Москва, Россия.

Введение. Исторически распространенные опухоли околоносовых пазух и основания черепа (ОЧ) оперировали через расширенные транскраниальные/трансфациальные (комбинированные краниофациальные) доступы. Объем хирургической травмы в таких случаях приводил к длительному стационарному нахождению пациента, выраженному функциональному и косметическому дефициту. С развитием эндоскопической хирургии околоносовых пазух, трансназальный эндоскопический доступ стал применяться в хирургии доброкачественных, а позже и злокачественных образований переднего основания черепа. В последнее десятилетие этот метод широко применяется и в детской онкохирургии. Однако обширное интракраниальное/интрадуральное распространение, значительное латеральное распространение опухоли являются лимитирующими факторами к трансназальному эндоскопическому доступу (ТЭД).

Стандартный нейрохирургический наружный доступ к переднему основанию черепа (бикоронарный разрез кожи, бифронтальная краниотомия) имеет свои достоинства: разрез кожи на волосистой части головы, в определенных случаях с переходом в предушный, широкое операционное поле, ограниченное только размерами бифронтальной трепанации, однако и свои недостатки: необходимость тракции лобных долей с пересечением обонятельных волокон, ограниченный обзор lamina cribrosa, нижних отделов орбиты, площадки клиновидной кости при сохранении надглазничной костной пластинки (supraorbital bar) и глабеллы.

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с опухолями переднего и латерального основания черепа, оценить частоту осложнений, рецидивов и продолженного роста опухолей.

Материалы и методы. В отделении онкологии и детской хирургии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева с 01.02.2015 по 1.09.2019 комбинированный эндоскопический трансназальный и наружный трансбазальный доступ к переднему основанию черепа применен у 18 пациентов (возраст от 10 мес до 17 лет). Комбинация латерального доступа к основанию черепа (extended middle fossa approach) с ТЭД к опухоли подвисочной ямки и большого крыла клиновидной кости у 4 пациентов.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов достигнуто тотальное удаление опухоли, не потребовавшее повторного вмешательства. В 7 случаях комбинированный доступ был использован как второй этап после традиционного ТЭД, осложнившегося послеоперационной ликвореей с целью пластики дефекта основания черепа перикраниальным лоскутом. В 2 случаях комбинированный доступ применен в связи с продолженным ростом доброкачественной опухоли после эндоскопического удаления. Послеоперационной назальной ликвореи после применения комбинированного доступа не отмечено ни в одном случае. Период наблюдения составил от 1.5 до 48 мес.

Ограничением для ТЭД является массивное интракраниальное распространение опухоли, в особенности кпереди, что не позволяет проводить бимануальную диссекцию. У детей младше 10 лет применение назосептального лоскута для реконструкции ОЧ затруднено в связи его недостаточной площадью, а реконструкция переднего основания перикраниальным лоскутом превосходит реконструкцию свободным трансплантатом широкой фасции бедра при крупных дефектах. Дополнение ТЭД к стандартному латеральному доступу (middle fossa approach) при опухолях подвисочной ямки позволило укрепить реконструкцию дна средней черепной ямы лоскутом из височной мышцы со стороны полости носа и убедиться в отсутствии назальной ликвореи.

Выводы:

1. Применение комбинации трансназального эндоскопического и наружного трансбазального доступов обосновано при крупных опухолях переднего основания черепа, сочетает достоинства обоих методов: широкую экспозицию и детальную визуализацию, что обеспечивает условия для полного удаления опухоли, а также надежную профилактику послеоперационной ликвореи в виде реконструкции апоневротическим лоскутом.

2.Применение эндоскопического трансназального доступа в качестве дополнения к наружному подвисочному доступу при удалении опухолей дна средней черепной ямки и подвисочной ямки позволяет улучшить визуализацию операционного поля, а также обеспечивает контроль герметичности реконструкции основания черепа ротированной височной мышцей.

Список литературы

1. Liu J.K., Decker D., Shaefer S.D. et al. Zones of approach for craniofacial resection: minimizing facial incisions for resection of anterior cranial base and paranasal sinus tumors. Neurosurgery, Volume 53, Issue 5, November 2003, Pages 1126-1137.

2. Feiz-Erfan I., Suki D., Hanna E., et al. Prognostic significance of transdural invasion of cranial base malignancies in patients undergoing craniofacial resection. Neurosurgery. 2007 Dec;61 (6): 1178-85

3. Liu JK, Silva NA, Sevak NA, Eloy JA. Transbasal versus endoscopic endonasal versus combined approaches for olfactory groove meningiomas: importance of approach selection. Neurosurg Focus. 2018 Apr;44(4):E8. doi: 10.3171/2018.1.

4. Liu JK, Wong A., Eloy JA. Combined endoscopic and open approaches in the management of sinonasal and ventral skull base malignancies Otolaryngol Clin North Am. 2017 Apr;50(2):331-346. doi: 10.1016

5. Kassam AB, Prevedello DM, Carrau RL et al. Endoscopic endonasal skull base surgery: analysis of complications in the authors' initial 800 patients. J Neurosurg. 2011 Jun;114(6):1544-68. doi: 10.3171/2010.10.

Клинический случай оперативного лечения саркомы мягких тканей головы с деструкцией костей черепа и интракраниальным прорастанием

Лутовинин Р. В.[1] – аспирант кафедры онкологии с курсом урологии, rodion_lutovinin@mail.ru.

Шубина Ю. А.[2] – заведующая онкологическим отделением №2, postnykh@mail.ru.

[1]ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России.

[2]ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация.

Введение. Саркомы мягких тканей в половине случаев представлены рабдомиосаркомой. Вторая половина представлена разнообразной группой злокачественных опухолей мезенхимального нерабдоидного происхождения. Такое разделение диктуется в первую очередь особенностями биологического поведения данной группы опухолей с выраженным местно-деструирующим ростом, высокой частотой возникновения местного рецидива и низкой чувствительностью к химиолучевой терапии, что обуславливает иные подходы к лечению, чем для рабдомиосаркомы [1]. В настоящее время они относятся к плохо изученным.

В общей структуре злокачественных заболеваний в РФ частота сарком мягких тканей составляет менее 1%, по данным 2017 года 21,5 на 100 тыс. населения [2]. В Тюменской области саркомы мягких тканей по данным 2017 года составляют 2,84 на 100 тыс. населения, причем с тенденцией у женщин больше, чем у мужчин (4,14:1,67 на 100 тыс.) [3]. Наиболее часто данные опухоли локализуются в области головы и шеи, около 40% [4].

Клинический случай. Пациент М., 82 лет, с жалобами на быстро растущее образование в лобной области, обратился в поликлинику по месту жительства. После осмотра хирурга пациент был направлен на консультацию к онкологу. На предоставленной компьютерной томографии головы признаки объемного образования мягких тканей лобной области с прорастанием деструкцией лобной кости и интракраниальным ростом с компрессией головного мозга- образование 37х43х53 мм. При осмотре отмечается припухлость в лобной области, плотная, неподвижная, безболезненная, с измененными кожными покровами над припухлостью в виде усиленной сосудистой сеточки. Была выполнена биопсия образования. Морфологическая картина соответствовала образованию гистиоцитарного строения. В связи с чем было принято решение об оперативном лечении.

В ходе оперативного лечения выполнено иссечение кожи с подлежащими мягкими тканями в лобной области, резекция лобной кости, иссечение твердой мозговой оболочки единым блоком с опухолью. Стоит отметить, что опухоль прорастала переднюю треть верхнего сагиттального синуса и не врастала в мозговое вещество. Пластика дефекта твердой мозговой оболочки выполнена свободным лоскутом надкостницы. Костный дефект черепа замещен титановой пластиной. Пластика дефекта кожных покровов выполнена свободным лучевым кожным лоскутом на микрососудистых анастомозах.

В послеоперационном периоде пациент на дооперационном уровне, с положительной динамикой выписан через 4 недели. Послеоперационная морфологическая картина соответствовала фибросаркоме Grade II. По результатам компьютерной томографии перед выпиской – данных за остаточные опухолевые образования и рецидив нет.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, данный клинический случай наглядно демонстрирует высокую эффективность хирургического подхода. Ведь высоко- и умеренно-дифференцированные (Grade I, II) местно-распространенные опухоли после оперативного лечения, по мнению большинства исследователей, не требуют какого-либо дальнейшего лечения, а лишь строгого динамического контроля [5]. А учитывая вышеизложенное, пациенты с небольшими высокодифференцированными опухолями после радикального хирургического вмешательства не требуют проведения адъювантной ЛТ [6]. Также имея техническое оснащение и навыки микрохирургии удалось добиться радикального удаления опухоли и положительного косметического результата.

Выводы. Применение изолированного хирургического метода лечения на ранних этапах выявления высоко- и умеренно-дифференцированных нерабдоидных сарком мягких тканей головы, а также применение методик пластической реконструктивной хирургии дает положительные результат в виде радикальности и удовлетворительных косметических эффектов.

Список литературы

1. Ferrari A., Casanova M. Specification on the definition of adult-type soft tissue sarcoma. J Clin Oncol 2006;24(24):4042−3.

2. Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. - 2018.

3. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю и др. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год //: информационный бюллетень. – Тюмень. – 2018.

4. Cancer Epidemiology in Older Adolescents and Young Adults 1975−2000. National Institutes of Health: 06-5767.

5. Spunt S.L., Poquette C.A., Hurt Y.S. et al. Prognostic factors for children and adolescents with surgically resected nonrhabdomyosarcoma soft tissue sarcoma: an analysis of 121 patients treated at St Jude Children’s Research Hospital. J Clin Oncol 1999; 17(12):3697−705.

6. Paulino A.C., Ritchie J., Wen B.C. The value of postoperative radiotherapy in childhood nonrhabdomyosarcoma soft tissue sarcoma. Pediatr Blood Cancer 2004; 43:587−93.

Гипердиагностика при МРТ височной кости

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Малышева Т. Ю.[2] – главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Департамента здравоохранения Тюменской области, заведующая отделением лучевой диагностики ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»

Русинов Д. А.[3] – врач стоматолог-ортопед, врач-рентгенолог, заместитель главного врача по лечебной работе стоматология № 3, г. Тюмень.

Черемных Н. И.[4] – врач-ординатор кафедры оториноларингологии Омского ГМУ Минздрава России, nikita_cheremnyh@mail.ru.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень.

[3] Стоматология № 3, г. Тюмень.

[4]Омский ГМУ Минздрава России.

Введение. В последние годы возможности ранней диагностики патологических состояний, связанных с поражением структур височной кости, значительно возросли [1]. Ведущая роль отдана визуализации – компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ), последняя является методом выбора у декретированных групп населения [2]. Данными способами возможно найти объемные образования, однако причины снижения слуха, головокружения и других вестибулярных и отоневрологических нарушений найти удаётся не всегда, что зачастую делает их применение не целесообразным и затягивает поиск [3].

Цель исследования. Определить необходимость магнитно-резонансной томографии при патологии структур височной кости.

Материалы и методы. В отделении оториноларингологии Медико-Санитарной части «Нефтяник» за период 2017-2019 годов наблюдалось 35 (10 мужчин и 25 женщин) пациентов с жалобами на головокружение, снижение слуха, шум в ушах, головную боль. Средний возраст составил 48.3±7.4 У всех пациентов был собран тщательный анамнез и жалобы, выполнен осмотр ЛОР-органов, проведены провокационные маневры (тест Dix-Hallpike и roll-тест), МРТ — в Т1 и Т2 взвешенном изображении в аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях с акцентом на височную кость.

Результаты и их обсуждение. По результатам обследования выявлено: холестеатома пирамиды височной кости у 2(5.7%) пациентов, у 3(8.5%) - посттравматические изменения височных костей, у 20(57%) - доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), у 10(28.5%) пациентов определялись воспалительные изменения в среднем ухе - мягкотканные компоненты в барабанной полости, проявление хронического среднего отита. У больше чем половины пациентов был выставлен диагноз ДППГ (57%), всю группу составляли женщины со средним возрастом 51.3±3.2. Главными критериями

диагностики ДППГ являются жалобы на наличие спонтанных головокружений (пациент не связывает его возникновение с чем-либо) и появление нистагма в провокационном тесте. В таком случае проведение МРТ-диагностики по стандартному протоколу в Т1 и Т2 взвешенном режимах не представляется необходимым.

Выводы. Пациенты с вестибулярной и отоневрологической симптоматикой являются неотъемлемой частью практики оториноларинголога. Это требует постоянного совершенствования знаний о методах диагностики патологии структур височной кости. Несомненно, МРТ дает широкие возможности для поиска причин заболевания, однако стоит всегда проводить стандартное вестибулологическое обследование для определения необходимости МРТ-диагностики.

Список литературы

1. Кунельская Н. Л. и др. Эффективный алгоритм диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения //Вестник оториноларингологии. – 2015. – Т. 80. – №. 5. – С. 19-22.

2. Милешина Н. А. и др. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии у пациентов с глухотой //Вестник оториноларингологии. – 2016. – Т. 81. – №. 6. – С. 13-16.

3. Аникин И. А. и др. К вопросу о классификации холестеатомы пирамиды височной кости //РМЖ. – 2017. – Т. 25. – №. 23. – С. 1699-1702.

Наш первый опыт дентальной скуловой имплантации

Щербаков Д. А.[1] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Мусина Л. М.[1] – к. м. н., доцент кафедры хирургической и ортопедической стоматологии с курсом ЛОР-болезней ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, врач-стоматолог.

Русинов Д. А.[2] – врач стоматолог-ортопед, врач-рентгенолог, заместитель главного врача по лечебной работе стоматология № 3, г. Тюмень.

[1] ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России.

[2] Стоматология № 3, г. Тюмень.

Введение. Умеренная атрофия альвеолярного отростка верхнечелюстной кости является физиологическим процессом старения [1]. Так, после 40 лет отмечается снижение оптической плотности верхней челюсти более чем на 150 HU (D4) от нормальных значений, что связано со снижением функциональной нагрузки на верхнюю челюсть [2]. Тем не менее в ряде случаев процесс становится патологическим, и инволютивные изменения достигают значительных масштабов. В крайних степенях наблюдается резкая атрофия, альвеолярные отростки и бугры отсутствует, плоское небное дно, расположенная в одной плоскости с твердым небом переходная складка. Вторично развивающая адентия у данных пациентов значительно снижает качество жизни, но, к сожалению, классическое дентальное протезирование часто представляется невозможным. Использование графтовых технологий помимо технической сложности сопряжено с длительным временным периодом (подготовка графта, его имплантация, возможность отторжения) [3, 4], в результате чего теряется время и атрофические изменения прогрессируют. Одним из возможных методов является применение скуловых дентальных имплантов. Впервые устанавливать дентальные импланты в скуловую кость предложил Branemark в 1998 году [5], тем не менее данная технология несмотря на ее высокую эффективность и относительную простоту не используется широко в эндопротезировании [6]. На основании клинического примера хотим показать реабилитационные возможности данного метода.

Клинический пример. Пациент Е., 55 лет, в июне 2019 года обратился в стоматологию № 3 с жалобами на выпадение зубов. На основании клинического и рентгенологического исследований были выставлены следующие диагнозы: частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти. Хронический периодонтит 12, 13, 26. Хронический кистозный верхнечелюстной синусит. Хронический генерализованный пародонтит 15, 13 зубов. Кариес корня 11 зуба. 15, 13 зубов. Кариес корня 11 зуба. Было принято решение о скуловой дентальной имплантации зубов верхней челюсти. Операция проводилась на базе АО «МСЧ Нефтяник». В алгоритм лечения входило: 1) удаление всех зубов верхней челюсти; 2) установка 4 классических имплантов во фронтальном отделе альвеолярного отростка верхней челюсти; 3) установка имплантов системы Zygomatic в области 115, 25 зубов; 4) интраоперационная установка multi unit абатментов и снятие оттиска с регистрацией прикуса; 5) изготовление временной металлопластмассовой

конструкции в течение 24 часов. Установка скуловых имплантов производилась по оригинальной методике Branemark сквозь пазуху. Для этого в состав дентальной команды входил врач-оториноларинголог, который интраоперационно производил эндоскопический контроль установки имплантов сквозь верхнечелюстную пазуху, также санацию ее содержимого. Восстановление нормальной анатомии пазухи и ее физиологической функции является значимым аспектом успешной скуловой имплантации [7]. Доступ к пазухе осуществляли инфратурбинально, после чего выполняли пластическое закрытие дефекта. Методами вычислительной аэродинамики было выявлено отсутствие патологической аэрации [8]. По данным КТ в просвете верхнечелюстной пазухи с двух сторон скуловые импланты, патологических изменений нет. В раннем отдаленном периоде состояние пациента удовлетворительное, протезирование выполнено успешно.

Выводы. Дентальная скуловая имплантация является перспективным методом реабилитации пациентов с атрофией верхней челюсти и тотальной адентией. При соблюдении протокола, а также наличия в дентальной команде оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга протезирование пройдет эффективно.

Список литературы

1. Танфильев, Д. Е. Возрастные особенности гайморовых пазух / Д. Е. Танфильев. – Москва : Медицина, 1964. – 134 с.

2. Штеренберг Д. Г. Экспериментально-морфологическое обоснование применения аллогенного биоматериала при выполнении операций по поднятию дна верхнечелюстной пазухи: дис. … канд. мед. наук: 14.01.14; 14.03.01 / Штеренберг Дмитрий Генрихович. – СПб., 2012. –22 с

3. Collins TA, Brown GK, Johnson N, Massey JA, Nunn BD. Team management of atrophic edentulous with autogenous inlay, veneer, and split grafts and endosseous implants: case reports. Quintessence Int 1995: 26: 79

4. Некоторые аспекты клинического применения костных и хрящевых аллотрансплантвтов. Нигматуллин Р. Т., Щербаков Д. А., Мусина Л. М., Ткачев А. А. Медицинский вестник Башкортастана. 2012. Т. 7, № 4. С. 78-83.

5. Brånemark PI. Surgery and fixture installation. Zygomaticus fixture clinical procedures. Goteborg: Nobel Biocare AB; 1998. p.

6. Aparicio C, Ouazzani W, Hatano N. The use of zygomatic implants for prosthetic rehabilitation of the severely resorbed maxilla. Periodontol 2000 2008: 47: 162–171.

7. Красножен В. Н., Щербаков Д. А. Околоносовые пазухи как депо оксида азота. Практическая медицина. 2015. № 2-2 (87). С. 7-12.

8. Щербаков Д. А., Крюков А. И., Красножен В. Н., Гарскова Ю. А., Саушин И. И. CFD-моделирование воздушных потоков в верхнечелюстной пазухе // Вестник оториноларингологии. 2017. Т. 82 (4). С. 32-34.

Наш первый опыт робот-ассистированной тонзиллэктомии

Решетов И. В.[1] – д. м. н., профессор, академик РАН, директор НОКЦ пластической хирургии ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, заведующий кафедрой пластической хирургии Сеченовского университета (г. Москва).

Щербаков Д. А.[2] – д. м. н., профессор кафедры респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, главный внештатный оториноларинголог Департамента Здравоохранения Тюменской области, dmst@bk.ru.

Пряников П. Д.[3] – к. м. н., научный сотрудник отдела хирургии головы и шеи и реконструктивно-пластической хирургии ФГБУ «ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, заведующий оториноларингологическим отделением РДКБ МЗ ФР.

Попов И. Б.[4] – к. м. н. заведующий кафедрой респираторной медицины с курсами рентгенологии и стоматологии ИНПР ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ Минздрава России, генеральный директор-главный врач АО «МСЧ Нефтяник», г. Тюмень.

[1]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия.

[2]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, Тюмень, Россия.

[3]РДКБ, Москва, Россия.

[4]АО «МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия.

Введение. TORS (transoral robonic surgery) – трансоральная роботическая хирургия, это разновидность робот-ассистированной хирургии с доступом через ротоглотку. В настоящее время наблюдается увеличение количества пациентов с раком ротоглотки, большинство из них - это опухоли, ассоциированные с вирусом папилломы человека с локализацией в небных миндалинах, спинке или корне языка [1]. Применение робота улучшает визуализацию задних отделов полости рта, глотки, в частности, небных миндалин и спинки и основания языка для щадящего удаления опухолей без наружных разрезов [2, 3].

Ранее мы вынуждены были прибегать к обширным травматичным операциям, которые оставляют после себя обезображивающие рубцы и необходимость разъединения и транспозиции нижней челюсти с последующими неизбежными нарушениями в работе височно-нижнечелюстного сустава, что ведет к проблемам при жевании пищи [4].При использовании роботической ассистенции не возникает необходимости транспозиции нижней челюсти [5].

Клинический пример. Пациент В., 33 лет обратился к стоматологу-онкологу с жалобами на першение в горле, боль при глотании слева, со слов данные беспокойства отмечает в течение нескольких лет. По данным объективного осмотра: при мезофарингоскопии определяется левая небная миндалина, покрыта рыхлыми налетами, преимущественно в центральной части, данные налеты не выходят за пределы миндалины. Остальные структуры ротоглотки интактные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не пальпируются. По данным ультразвукового исследования отсутвуют изменения в характеристиках подчелюстных и шейных лимфоузлов. По результатам магнитно-резонансной томографии не отмечено распространения опухоли на паратонзиллярную

клетчатку. По результатам гистологического исследования: плоскоклеточный неороговевающий рак. Проведен онкоскрининг, показавший отсутствие метастазов. Ds: ЗНО левой небной миндалины плоскоклеточный неороговевающий рак T1N0M0.

Выполнена робот-ассистированная тонзиллэктомия единым блоком. Для радикальной тонзиллэктомии границами резекции были мягкое небо сверху, крыловидная мышца и нижняя челюсть латерально, основание языка снизу, задняя стенка глотки медиально и мышцы констрикторы и фарингеальный жир вглубь. Начальный разрез выполнен вдоль мягкого неба через верхний констриктор до визуализации парафарингеального жира. Следующий разрез выполнялся книзу до корня языка к медиальной крыловидной мышце. После смещения миндалины, пораженной опухолью медиально. Для окончательного удаления опухоль отсечена вдоль задней стенки глотки. Контроль гемостаза.

Выводы. Применение роботической техники позволяет эффективно удалить опухоли зоны ротоглотки с минимальной травматичностью оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Hanly E. J., Talamini M. A. Robotic abdominal surgery // Am J Surg. 2004. № 188(4A Suppl). P. 19 – 26.

2. Iseli T. A. Functional outcomes after transoral robotic surgery for head and neck cancer // Otolaryngol Head Neck Surg. 2009. № 141(2). P. 166 – 171. DOI: 10.1016/j.otohns.2009.05.014 PMID: 19643246

3. Longfield E. A., Holsinger F. C., Selber J. C. Reconstruction after robotic head and neck surgery: When and why // J Reconstr Microsurg. 2012. № 28(7). P. 445 – 450.

4. Outcomes of transoral robotic surgery: A preliminary clinical experience / A. Hurtuk, A. Agrawal, M. Old, T. N. Teknos, E. Ozer // Otolaryngol Head Neck Surg. 2011. № 145(2). P. 248–253.

5. Selber J. C. Transoral robotic reconstruction of oropharyngeal defects: A case series // Plast Reconstr Surg. 2010. № 126(6). P. 1978 – 1987.

Возможности ультразвуковой диагностики при орбитальном болевом синдроме

Волгарева Е. А.[1] – к. м. н., врач УЗД, ea-volgareva@yandex.ru
Корнилаева Г. Г.[1] – д. м. н., врач-офтальмолог, заведующий учебными курсами, g.kornilaeva@alloplant.ru
Корнилаева М. П.[1] – к. м. н., врач-офтальмолог, к.м.н., rita_k2004@mail.ru
Мударисова И. Т.[1] – врач-офтальмолог, imudarisova@mail.ru
[1]ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России

Введение. Дискомфорт и болевой синдром, локализованный в глазничной области может быть проявлением как офтальмологических заболеваний различной этиологии, так и внеглазных патологических процессов [1,3]. В большинстве случаев, пациентам с такими жалобами в первую очередь стараются исключить наличие глаукомы. Но нередко, как мы убедились на практике, это приводит к её гипердиагностике. Ошибочная дифференциальная диагностика боли может стать причиной неадекватного лечения, и даже необоснованного хирургического вмешательства.

Цель исследования. Анализ причин болевого синдрома у пациентов, направленных на консультацию с подозрением на глаукому.

Материалы и методы. План обследования пациентов состоял из офтальмологического осмотра с определением остроты и поля зрения, включая компьютерную периметрию, измерения внутриглазного давления (ВГД) по Маклакову, исследования переднего отрезка глаза, осмотра глазного дна, пальпации экстраокулярных мышц при отведении и приведении глазного яблока, определения редуктабельности, экзофтальмометрии. В качестве доказательной медицины проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) глазницы, компьютерная томография риносинусов в 3Д режиме, иммуноферментный анализ с целью инфекционной диагностики [4].

Результаты и их обсуждение. По нашим наблюдениям, причиной дискомфорта и боли в половине случаев обследуемых оказалось наличие миозита какой-либо из экстраокулярных мышц. УЗИ позволяет визуализировать начальные изменения - при незначительных - толщина мышц составляет 5-6мм, умеренных 7-8мм, при выраженных – 9 и более мм [2]. В более поздних стадиях, при отсутствии лечения или неадекватной терапии, происходит фиброз и жировое перерождение мышечного волокна [7,8]. Возникают затруднения в идентификации мышечной ткани на фоне жировой клетчатки [9]. Транзиторное повышение офтальмотонуса, имитирующее глаукому, обусловлено активным воспалительным процессом и увеличением объема мягких тканей в активной фазе. В последующем - ремоделированием соединительной ткани и фиброзом в неактивной фазе [5,6].

Выводы. Ультразвуковое исследование орбитальной области позволяет неинвазивно, быстро и информативно провести скрининг ее поражений и оценить кинетические свойства патологического процесса. Таким образом, осуществляя контроль за динамикой течения заболевания и эффективностью лечения мы улучшаем качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Ермолаев А.П. Болевой синдром при глаукоме. Дифференциальная диагностика от болей лобно-орбитальной локализации другого происхождения. / Вестник Нац. мед-хирург. Центра им. Н.И. Пирогова 2010, т. 5, № 3. - С.97-99.
2. Катькова Е.А. Ультразвуковая диагностика объемных процессов органа зрения. М.: ООО «Фирма СТРОМ»,2011. – 384с: ил.

3. Кульбаев Н.Д., Соловьева Е.П., Кутушев Р.З., Волгарева Е.А. Односторонний криптофтальм (клинико-морфологическое исследование)./ Вестн.офтальмологии №2 – 2019 Том 135, с.102-106.

4. Гизатуллина Э.Р., Шарипов Т.Н., Кутушев Р.З. Конусно-лучевая компьютерная томография в практике врача-офтальмолога./ X-ray art №8 – 2018, с.86-87.

5. Корнилаева Г.Г., Галимова Э.В., Волгарева Е.А., Корнилаева М.П., Полякова Е.Ю. Морфофункциональные изменения в оболочках глазного яблока при кортикостероидной глаукоме. / Материалы IV Российской научной конференции «Роль природных факторов и туризма в формировании здоровья населения» Уфа – 2006, с.21-22.

6. Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г., Галимова Э.В., Карушин О.И., Корнилаева М.П., Полякова Е.Ю. Профилактика рубцевания послеоперационной зоны губчатым биоматериалом ″аллоплант″ при хирургическом лечении первичной глаукомы. / Вестник Оренбургского государственного университета. 2004. №S (38). С.41-42.

7. Montagnese F, Wenninger S, Schoser B. "Orbiting around" the orbital myositis: clinical features, differential diagnosis and therapy. J Neurol. 2015.

8. Martins WA, Marrone LC, Saute R, Becker J, Vargas JA, da Costa Vargas JF, et al. Ocular myositis: insights into recurrence and semiological presentation. Int J Neurosci. 2015;125(9):711-5.

9. Yan J, Wu P. Idiopathic orbital myositis. J Craniofac Surg. 2014;25(3):884-7.

Диспергированные биоматериалы аллоплант в комплексной реабилитации больных после выполнения высокотехнологичных операций

Галияхметов Р. Ф.[1] – к. м. н., заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, grf-61@mail.ru;
Кадыров Р. З.[1] – д. м. н., генеральный директор ФГБУ «ВЦГПХ» МЗ РФ, radkad@yandex.ru.
Дусалимова А. М.[1]– врач-невролог, dusalim1977@gmail.com
[1]ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, г.Уфа, Россия.

Введение. Основное свойство биоматериалов Аллоплант – оптимизировать процессы репаративной регенерации различных анатомических структур (эпителия, соединительнотканных формаций, кровеносных и лимфатических сосудов, периферических нервов) в области трансплантации [1]. После выполнения трансплантационных хирургических вмешательств возникает необходимость в послеоперационной реабилитации пациентов. Для этого в ФГБУ «ВЦГПХ» разработана методика фармакопунктуры с использованием диспергированного биоматериала Аллоплант (ДБА), а также создано профильное отделение рефлексотерапии [2]. В настоящей работе приводится краткий обзор основных результатов экспериментального обоснования метода акупунктурного введения биоматериалов Аллоплант и некоторых сфер клинической реализации данной технологии.

Цель исследования. Изучить сосудистые и клеточные реакции в зоне инъекции при введении ДБА (на примере роговицы).

Материалы и методы. Патофизиологические опыты проведены на 49 серых кроликах мужского пола средним весом 2–2,5 кг. Химический ожог диаметром 6 мм в центре роговицы вызывали 2,5% раствором едкого натра 30-секундной экспозицией по стандартной методике [3]. В экспериментальной группе 1 (n=10) после нанесения ожога животным производили субконъюнктивальную перилимбальную инъекцию суспензии 1 мл диспергированного аллогенного биоматериала (ДБА). В экспериментальной группе 2 (n=10) у животных идентифицировали параорбитальные рефлексогенные зоны, в которые инъецировали по 0,5 мл раствора ДБА. Резорбцию биоматериала изучали методом количественной оценки коэффициента анизотропии. Экспрессию TGF β-1 и PCNA определяли непрямым иммунопероксидазным методом на серийных парафиновых срезах толщиной 5 мкм с использованием соответствующих моноклональных антител. Для изучения динамики реактивных процессов в контроле и после введения ДБА на гистологических препаратах производили подсчет суммарной площади просвета капилляров (СППК) лимбальной области морфометрическим методом. Локальные рефлексогенные зоны выявлялись на основании значений кожного импеданса с помощью высоковольтного импульсного генератора с микропроцессорным управлением «AcuVision-04».

Результаты и их обсуждение. В эксперименте изучена динамика реактивных морфофункциональных изменений в локальных рефлексогенных зонах дермы и гиподермы при акупунктурном введении аллогенного биоматериала и классической иглорефлексотерапии. Отдельные серии опытов посвящены изучению репаративной регенерации эпителия и стромы роговицы на фоне ее химического ожога при локальном и рефлексогенном воздействии диспергированным биоматериалом [4-6]. Также изучены локальные изменения при введении ДБА в структуры мягкого остова – сухожилия, связки, фасции и т.д. Курс классической иглорефлексотерапии в эксперименте приводит к выраженным локальным сосудистым и клеточным реакциям в соединительной ткани, в

частности в дерме и гиподерме, с формированием в области микротравмы грубоволокнистой соединительной ткани, что подтверждается повышением уровня TGFβ-1 (в 2,64 раза выше нормы), а также низкой плотностью микроциркуляторного русла (двукратное уменьшение СППК). Не менее информативными оказались результаты биологического воздействия диспергированных трансплантатов на процессы регенерации в различных органах. В частности, локальное и акупунктурное введение диспергированного биоматериала Аллоплант является эффективным методом стимуляции репаративной регенерации в эпителии и строме роговицы при ее химическом ожоге. Проведенные в дальнейшем клинические исследования подтвердили данные экспериментальных наблюдений по оптимизации репаративной регенерации в многослойном плоском эпителии (кожные покровы, роговица, пищевод), однослойном цилиндрическом железистом эпителии (слизистая оболочка желудка при язвенных дефектах, атрофическом гастрите), мезотелии серозных оболочек (спаечная болезнь брюшины). Результаты данных исследований на наш взгляд имеют два аспекта: теоретический и практический. Теоретический раскрывает роль отдельных цитокинов, сосудистых и нервных факторов в реализации механизмов стимуляции репаративных процессов при акупунктурном введении биоматериалов. Клинический аспект подразумевает применение разработанного метода акупунктурного введения биоматериалов Аллоплант в восстановительной медицине, особенно при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и поражениях периферической нервной системы. Клинические испытания представляемой технологии

Выводы. Экспериментами установлено, что введение ДБА в рефлексогенные зоны приводит к комплексу сосудистых и клеточных реакций, не сопровождающихся фиброзом в области инъекции. При этом суммарный просвет капилляров (СППК) в зоне акупунктуры превышает нормальные значения на уровне сетчатого слоя дермы в 1,33 раза. Уровень трансформирующего фактора роста (TGFβ-1), отражающий пролиферацию соединительной ткани, незначительно увеличивается при введении ДБА и к 30-м суткам эксперимента полностью нормализуется, что указывает на отсутствие рубцевания в области введения биоматериала.

Таким образом, изучение реактивных процессов в зоне инъекции позволило заключить, что фармакопунктура биоматериалом Аллоплант, равно как и локальное его введение – эффективная технология моделирования репарации в опорных и динамических структурах мягкого остова: дерме и гиподерме, поверхностной и собственной фасциях, фасциальных узлах, вне- и внутрикапсульных связках, сухожилиях.

Список литературы

1. Мулдашев Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии Аллоплант для пластической хирургии лица: автореф. дис. … д-ра мед. наук. – СПб., - 1994. – 40 с.

2. Муслимов С.А., Мусина Л.А., Лебедева А.И., Шангина О.Р. Морфологические основы применения биоматериалов аллоплант для регенерации тканей. / Морфология. 2008. Т. 133. № 2. С. 92-93.

3. Ронкина Т.И. О регенерации роговицы после локального ожога щелочью // Вестн. Офтальмологии. – 1979 - С. 50-52.

4. Галияхметов Р.Ф. Динамика постожоговой регенерации роговицы при локальном и рефлексогенном воздействии аллогенным диспергированным биоматериалом: автореф. ...канд. мед. наук. – Екатеринбург, - 2010.-22с.

5. Мулдашев Э.Р., Нигматуллин Р.Т., Галияхметов Р.Ф. Возможности реализации технологий регенеративной хирургии "аллоплант" при спортивных травмах мягкого остова. В книге: Актуальные вопросы тканевой и клеточной трансплантологии Сборник тезисов VII Всероссийского симпозиума с международным участием. 2017. С. 222-225.

6. Курчатова Н.Н., Сибиряк С.В., Хасанов Р.А., Юсупова Р.Ш., Яковлева В.Г. Нигматуллина Э.А., Мулдашев Э.Р. Миграция мезенхимальных стволовых клеток в биоматериалы alloplant: предварительные данные. / Иммунология Урала. 2005. Т. 1. № 4. С. 17.

Применение диспергированного биоматериала аллоплант при хирургическом лечении наследственных дистрофий роговицы

Гарипова Г. И.[1]– врач-офтальмолог, guzelka-garipova@rambler.ru.
Кадыров Р. З.[1] – д. м. н., генеральный директор ФГБУ «ВЦГПХ» МЗ РФ, radkad@yandex.ru;
Галияхметов Р. Ф.[1] – к. м. н., заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, grf-61@mail.ru
[1]ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, г.Уфа, Россия

Введение. Наследственные дистрофии роговицы по топографо-анатомической локализации делятся на: дистрофии эпителия, боуменовой мембраны, стромы, эндотелиальные [1]. В настоящее время лечение пациентов с патологией роговицы – это одна их сложных и актуальных проблем в офтальмологии. Если рассматривать многочисленные наследственные дистрофии роговицы, то консервативные, физиотерапевтические (электромагнитное поле, постоянное магнитное поле, инфракрасная лазеропунктура биологически активных точек, отвечающих за метаболические процессы в глазу), оперативные (сквозная и послойная кератопластика, кератопротезирование), лазерные (эксимерлазерная кератэктомия) методы лечения не всегда дают положительные результаты [2]. Постепенное снижение остроты зрения приводит к инвалидизации этой группы больных. Нами было предложено малоинвазивное хирургическое лечение – перилимбальное введение диспергированного биоматериала Аллоплант (ДБМА). Было установлено, что данный трансплантат стимулирует регенеративные процессы в роговице [3-6].

Цель исследования. Разработка эффективных методов лечения наследственных дистрофий роговицы.

Материалы и методы. Суть операции заключается в инъекционном введении под конъюнктиву вокруг лимба ДБМА. В данном клиническом исследовании применялся ДБМА стимулятор регенерации роговицы, состоящий из измельченного сухожильно-фасциального комплекса, подвергшегося физико-химической обработке с последующей дезинтеграцией и модификацией. Выпускается во флаконах по 5 мл в лиофилизированном виде, со сроком хранения до 5 лет при комнатной температуре. Стимулирует регенеративные процессы во всех слоях роговицы. Оперативное вмешательство проводилось через каждые 6 – 12 мес.

Были проанализированы результаты лечения 12 пациентов, 24 глаза с различными наследственными дистрофиями роговицы в возрасте от 42 до 79 лет, из них 7 мужчин и 5 женщин.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических данных показал, что ухудшения течения заболевания в послеоперационный период (до 6 мес) не было. Результаты послеоперационных исследований остроты зрения и биомикроскопическое исследование переднего отрезка глаза в разные временные периоды (от 6 до 12 мес) доказывают положительный эффект применения ДБМА стимулятора регенерации роговицы. У всех пациентов до лечения отмечалось снижение остроты зрения. После операции в 83% случаев наблюдалось повышение остроты зрения, в 8,5% случаев зрение не изменилось, а в 8,5% - продолжало падать.

Выводы. Таким образом, перилимбальное введение ДБМА является альтернативным методом лечения врожденных дегенеративных заболеваний роговицы. Выполняется без затраты большого количества времени, малотравматично, может выполняться в амбулаторных

условиях, не требует дополнительного хирургического оборудования и медицинского инструментария.

Список литературы

1. Офтальмология / Вильгельм Хаппе; Перевод с нем.; Под общ. ред. к.м.н. А.Н. Амирова. – М.: МЕДпресс – информ, 2004. – 352с.

2. Азнабаев Б.М., Семесько С.Г. Наследственные стромальные дистрофии роговицы // Учебно-методическое пособие. – Уфа, 2000. – 28с.

3. Галияхметов Р.Ф. Динамика постожоговой регенерации роговицы при локальном рефлексогенном воздействии аллогенным диспергированным биоматериалом: автореф. дис. канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010., 22 с.

4. Курчатова Н.Н., Сибиряк С.В., Хасанов Р.А., Юсупова Р.Ш., Яковлева В.Г., Нигматуллина Э.А., Мулдашев Э.Р. Миграция мезенхимальных стволовых клеток в биоматериалы alloplant: предварительные данные. / Иммунология Урала. 2005. Т. 1. № 4. С. 17.

5. Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г., Галимова Э.В., Карушин О.И., Корнилаева М.П., Полякова Е.Ю. Профилактика рубцевания послеоперационной зоны губчатым биоматериалом "аллоплант" при хирургическом лечении первичной глаукомы. Вестник Оренбургского государственного университета. 2004. № S (38). С. 41-42.

6. Шакиров Р.Ф., Мусина Л.А., Кадыров Р.З. Регенерация роговицы глаза после применения диспергированного биоматериала Аллоплант // Материалы IX Всероссийского съезда съезда трансплантологов. Москва 17-19 сентября 2018 // Вестник трансплантологии и искусственных органов.-2018.- Том XX, №3, С.164.

Кольцевидная пластика конъюнктивы биоматериалом аллоплант при конъюнктивализации роговицы

Кадыров Р. З.[1] – д. м. н., генеральный директор ФГБУ «ВЦГПХ» МЗ РФ, radkad@yandex.ru.
Карачурина И. Р.[1] – врач-офтальмолог, 79273361909@yandex.ru
[1]ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, г.Уфа, Россия

Введение. Основными причинами конъюнктивализации роговицы (КР) являются последствия ожога глаз, реже – инфекционные кератиты, глазные проявления синдрома Лайелла и т.д. Частота ожогов глаз составляет от 6,1% до 38,4% от всех травм глаз [1]. КР в отдаленном периоде после ожога приводит к резкому снижению остроты зрения и инвалидизации [2, 3].

Цель исследования. Оценить возможность применения кольцевидной пластики конъюнктивы биоматериалом Аллоплант при КР.

Материалы и методы. Нами предложен хирургический метод лечения КР - кольцевидная пластика конъюнктивы по лимбу биоматериалом Аллоплант. Операция выполнялась под наркозом. Техника операции заключалась в круговом иссечении конъюнктивы, наползающей на роговицу, с сохранением роговичного эпителия в центре. Четыре прямые мышцы брались на швы-держалки. Вокруг роговицы укладывался биоматериал Аллоплант для тотальной пластики конъюнктивы в натянутом состоянии. Биоматериал выкраивался в виде кольца шириной 5-7 мм с последующей фиксацией узловыми швами 8\0 к склере с захватом отсепарированной собственной конъюнктивы.

Нами были проанализированы результаты лечения 11 пациентов, из них 4 женщины, 7 мужчин в возрасте от 10 до 62 лет, с диагнозом последствия ожога – 8 человек, глазные проявления синдрома Лайелла – 1 человек, инфекционные кератиты – 1 человек. У пациентов с послеожоговыми бельмами операция была проведена не ранее чем через 1 год после ожога.

Результаты и их обсуждение. Учитывая, что был прооперирован тяжелый контингент пациентов с низкой остротой зрения, значительного улучшения зрения мы не наблюдали. Однако, после иссечения конъюнктивы, наползающей на роговицу, на периферии часто удавалось достичь полупрозрачных и почти прозрачных слоев роговицы, что позволяло, в некоторых случаях, незначительно повысить остроту зрения. Острота зрения увеличилась у 5 человек, у 6 осталась без изменений. При этом центральная часть роговицы оставалась мутной.

Даже в отдаленном периоде, через 5 лет, была видна граница трансплантированного биоматериала, и ни в одном случае мы не наблюдали повторной КР. Контуры роговицы прослеживались четко по всему лимбу. Такое состояние глаз, в некоторых случаях, позволяло в последующем проводить оптико-реконструктивные операции.

Выводы. Таким образом, кольцевидная пластика конъюнктивы биоматериалом Аллоплант при конъюнктивализации роговицы является методом лечения, который позволяет сохранить остаточное зрение и подготовить глаз к оптико-реконструктивным операциям.

Список литературы

1. Ченцова Е.В. Клинические рекомендации. Ожоги глаз. / Е.В. Ченцова, П.В. Макаров, Т.Г. Багатурия. // Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». -2016.-32с.

2. Нероев В.В. Ожоги глаз: руководство для врачей / В.В. Нероев, Р. А. Гундорова, П.В. Макаров и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 224 с.

3. Пучковская, Н. А. Ожоги глаз / Н.А. Пучковская, С.А. Якименко, В.М. Непомящая. - М.: Медицина, 2001. - 272 с.

4. Шангина О.Р., Хасанов Р.А. Устройство для лазерной резки трансплантатов из биологических тканей. Патент на полезную модель RUS 23402 11.01.2002

Наш опыт хирургического лечения посттравматической глаукомы у детей

Полякова Е. Ю.[1] – к. м. н, врач-офтальмолог, peu-abakan@mail.ru.
Корнилаева Г. Г.[1] – д. м. н., врач-офтальмолог, зав. учебными курсами, g.kornilaeva@alloplant.ru
[1]ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, г.Уфа, Россия.

Введение. Посттравматическая глаукома у детей относится к заболеваниям высокой степени рефрактерности. Одним из способов решения вопроса рубцевания является применение различных дренажей, они должны отвечать следующим требованиям:

-обеспечивать проникновение внутриглазной жидкости от зоны фильтрации до сосудистой сети конъюнктивы, цилиарного тела или супрахориоидального пространства;

- иметь соответствующую эластичность, сопоставимую с эластичностью склеры;
- обладать минимальным уровнем токсичности и иммуногенности;
- устойчивым к воздействию клеточных элементов;
- соответствовать по форме и размерам объему хирургического вмешательства [1, 2].

Внедрение и применение комбинированных операций с использованием различных дренажей с применением аллотрансплантационной технологии является перспективным направлением в хирургии глаукомы.

Морфологические исследования и накопленный в нашем Центре клинический опыт по применению дренажей из биоматериала Аллоплант [3-7] послужили основой для их использования при лечении больных со вторичной посттравматической глаукомой у детей.

Цель исследования. Проанализировать результаты операции с использованием губчатого дренажа у детей с посттравматической глаукомой.

Операция заключается в имплантации губчатого дренажа в переднюю камеру посредством трабекулэктомии и рациональная шовная фиксация.

Материалы и методы. Нами прооперировано 7 пациентов (7 глаз) с диагнозом вторичная посттравматическая глаукома. В подавляющем числе случаев (5 глаз) была выявлена терминальная стадия, в 2 случаях оставалось остаточное зрение - глаукома носила далеко зашедший характер. У всех детей отмечалось повышенное внутриглазное давление 34-45 мм рт. ст., на фоне гипотензивной терапии, назначенной по месту наблюдения. В 50 % случаях отмечалось увеличение размеров глаза, по сравнению с парным глазом. Всем пациентам была проведена антиглаукомная операция с имплантацией губчатого дренажа.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у двух больных наблюдалась гипотония, которая купировалась медикаментозно. К моменту выписки из стационара, на 5-7 сутки офтальмотонус нормализован– 16-19 мм рт.ст по Маклакову. В отдаленном периоде (3 года) наблюдалась стойкая его нормализация.

Выводы: Таким образом, применяемая антиглаукомная операция с использованием губчатого дренажа биоматериала Аллоплант для лечения вторичной глаукомы у детей позволила достичь нормализации внутриглазного давления и сохранить остаточные зрительные функции. Кроме того, операция с имплантацией губчатого аллодренажа является органосохранной операцией и открывает возможности для дальнейшей эстетической реабилитации детей.

Список литературы

1.Багров С.Н., Могильцев В.В., Перова Н.В. и др. Экспериментальное обоснование применения сополимера коллагена в хирургическом лечении глаукомы // Офтальмология 2001.№3.С 24-29.

2. Корнилаева Г.Г., Муслимов С.А., Надольская С.Н. Механизм формирования путей оттока внутриглазной жидкости при использовании аллогенного биоматериала в качестве дренажа при экспериментальной глаукоме. / Офтальмохирургия. 2003. № 2. С. 3-6.

3.Мулдашев, Э.Р. Новое поколение Аллопланта в хирургии вторичной глаукомы. / Э.Р. Мулдашев, Г.Г. Корнилаева // 14 Российская ежегодная научно-практическая конференция. – Оренбург, 2003. – С. 109–110.

4. Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г., Полякова Е.Ю., Корнилаева М.П., Галимова Э.В. Хирургическое лечение врожденной глаукомы с использованием биоматериала «Аллоплант»// Вестник Оренбургоского государственного университетаю . Спец. выпуск. декабрь 2004, С 56-57..

5. Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г., Полякова Е.Ю. Рекоструктивные подходы к хирургическому лечению врожденной глаукомы на основе губчатого биоматериала Аллоплант// 8 съезд офтальмологов России, тезисы докладов Москва 2005, С202-203.

6. Муслимов С.А., Мусина Л.А., Лебедева А.И., Шангина О.Р. Морфологические основы применения биоматериалов аллоплант для регенерации тканей. / Морфология. 2008. Т. 133. № 2. С. 92-93.

7. Полякова Е.Ю., Корнилаева Г.Г., Морфологические изменения губчатого аллодренажа при экспериментальной глаукоме. // Актуальные вопросы тканевой и клеточной трансплантологии. 5 Всероссийский симпозиум с международным участием. Сборник тезисов. Уфа 2012. С 103-104.

Медико-биологические аспекты структурной модификации соединительнотканных трансплантатов

Хасанов Р. А.[1] – к. ф. н., ведущий научный сотрудник, khrusall@mail.ru.
Шангина О. Р.[1] – д. б. н., профессор, заместитель генерального директора, заведующий лабораторией консервации тканей, alloolga@mail.ru.
[1]ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» МЗ РФ, г.Уфа, Россия.

Введение. Структурная модификация донорской соединительной ткани является одним из доступных методов создания новых видов трансплантационных материалов, в которых остро нуждается современная восстановительная хирургия, в том числе хирургия головы и шеи. Необходимые геометрические параметры, придание новых пластических свойств, программирование сроков замещения трансплантатов возможны только посредством многоступенчатой физико-химической обработки исходных донорских тканей. В настоящее время в лаборатории консервации тканей ВЦГПХ проводятся исследования по созданию таких модифицированных аллотрансплантатов.

Цель исследования. а) разработка структурированных трансплантатов для замещения объемных дефектов тканей, б) создание пленочных трансплантатов для укрытия раневых поверхностей резецированных органов и тканей, в) получение инъекционных диспергированных форм трансплантатов для малоинвазивной хирургии.

Материалы и методы. В качестве исходного биоматериала для изготовления модифицированных трансплантатов использовали кадаверные ткани (сухожилия и фасции различной локализации, дерма, реберный хрящ, кости). Для получения модифицированных трансплантатов применяли щадящие структуру тканей методы механической дезинтеграции при помощи специализированного технологического оборудования. Последующее формирование трансплантатов для замещения объемных дефектов и укрытия раневых поверхностей из полученной биомассы осуществляли в оригинальных формах, геометрические параметры которых подбирали исходя из конкретных требований клинических специалистов.

Результаты и обсуждение. При изготовлении структурно модифицированных форм трансплантатов главное внимание должно быть уделено оптимальным методам гомогенизации исходных тканей. Учитывая высокую чувствительность биологических тканей к механическим и температурным воздействиям, измельчение необходимо проводить в несколько стадий с постепенным увеличением степени дисперсности и охлаждением материала жидким азотом или сжиженным углекислым газом. При этом полностью сохраняется фиброархитектоника соединительной ткани, волокнистый коллагеновый каркас и межуточное вещество, что подтверждено данными морфологического (гистологического и гистохимического) исследования [8]. Обязательным является морфологический (поляризационно-оптический) контроль основных стадий измельчения [7]. Механическая прочность, пластичность, сроки резорбции и некоторые другие свойства обеспечиваются мягкой межмолекулярной «сшивкой» структурных компонентов соединительнотканного матрикса. Для этого используются как химические агенты (рибоза, альдегиды), так и физическое воздействие (лиофилизация, УФ-облучение, лазерное моделирование) [1, 4]. Диспергированный биоматериал после дополнительного виброрассева способен беспрепятственно проходить через инъекционные иглы.

Экспериментально установлена высокая биологическая активность структурно модифицированных трансплантатов, выраженная стимуляция процессов регенерации, оптимальные сроки замещения [2, 5, 9].

Клиническая эффективность полученных таким образом трансплантатов была доказана при целом ряде заболеваний в различных областях хирургии, как офтальмологии (глаукома, патология роговицы) [3, 6], оториноларингологии (синдром «пустого носа», аугментация носовых раковин и слуховой трубы) и других [10].

Выводы. Таким образом, предложенный нами подход к проблеме создания новых трансплантационных материалов должен способствовать удовлетворению потребности современной хирургии в эффективных средствах восстановления анатомически и функционально адекватных структур при травматических и дегенеративных повреждениях различных органов и тканей.

Список литературы

1. Шангина О.Р., Хасанов Р.А. Устройство для лазерной резки трансплантатов из биологических тканей. Патент на полезную модель RUS 23402 11.01.2002

2. Лебедева А.И., Мусина Л.А., Шангина О.Р. Пластика скелетной мышечной ткани губчатым аллогенным биоматериалом у экспериментальных животных // Технологии живых систем. Международный научно-теоретический и прикладной журнал.-2015.- Том 12, № 4, С.8-10.

3. Мулдашев Э.Р., Мусина Л.А., Шангина О.Р., Муслимов С.А., Корнилаева Г.Г., Карушин О.И., Хасанов Р.А., Корнилаева М.П. Морфологическая оценка губчатых аллотрансплантатов для целей офтальмохирургии // Практическая медицина.- 2017.- №9 (110), Том 2.- С.137-141.

4. Мусина Л.А., Шангина О.Р., Муслимов С.А., Корнилаева Г.Г., Соловьева Е.П. Хасанов Р.А. Модифицированный аллогенный биоматериал – матрица для регенерации эндотелиальных клеток // Гены и клетки.- 2017. Том XII, №3, С.171-172.

5. Муслимов С.А., Мусина Л.А., Лебедева А.И., Шангина О.Р. Морфологические основы применения биоматериалов аллоплант для регенерации тканей. / Морфология. 2008. Т. 133. № 2. С. 92-93.

6. Шакиров Р.Ф., Мусина Л.А., Кадыров Р.З. Регенерация роговицы глаза после применения диспергированного биоматериала Аллоплант // Материалы IX Всероссийского съезда съезда трансплантологов. Москва 17-19 сентября 2018 // Вестник трансплантологии и искусственных органов.-2018.- Том XX, №3, С.164.

7. Шангина О.Р., Булгакова Л.А. Поляризационно-оптический анализ как метод оценки сохранности волокнистого остова аллотрансплантатов // Морфология.-2018. Том 153, №3, С.313.

8. Шангина О.Р., Хасанов Р.А., Булгакова Л.А., Мусина Л.А. Сравнительная характеристика фиброархитектоники и прочностных свойств лиофилизированных аллотрансплантатов с различным типом волокнистого остова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. Научно-теоретический журнал. Москва – № 1, март 2015 г. – С. 12 – 17.

9. Шангина О.Р., Хасанов Р.А. Изучение ранозаживляющей способности диспергированных биоматериалов на модели плоскостных кожных ран // Морфология.- 2018.- Т 153, №3, С.313-314.

10. Щербаков Д.А., Шангина О.Р., Хасанов Р.А. Новый остеопластический материал // Российский иммунологический журнал.- 2016.- Том 10(19), № 2(1), С.592-594.

Научно-практическая конференция «Современные аспекты хирургии головы и шеи»
(Тюмень, 20-21 сентября 2019г.)

Материалы научно-практической конференции публикуются в авторской редакции

Сетевое издание

Главный редактор – Кирсанов К.А.

Вёрстка – Кирсанов К.К.

Ответственный за выпуск - Алимова Н.К.

Научное издание

Системные требования:
операционная система Windows XP или новее, macOS 10.12 или новее, Linux.
Программное обеспечение для чтения файлов PDF.

Объем данных 1,06 Мб

Принято к публикации «18» сентября 2019 года

Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/34MNNPK19.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.

https://izd-mn.com/

ДАННОЕ ИЗДАНИЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ