21-22 мая 2026
г. Москва

КЛИНИКА УХА, ГОРЛА И НОСА

За гранью ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

конференция

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

21-22 мая 2026
г. Москва

За гранью ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

конференция

УДК 616.2
ББК 56.8
З-12

З-12 **За гранью оториноларингологии.** Научно-практическая конференция (Москва, 21–22 мая 2026 г.) / Сборник тезисов – Москва: Мир науки, 2026. – Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/58MNNPK26.pdf – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-908127-57-8
DOI: 10.15862/58MNNPK26

В сборнике опубликованы тезисы научных материалов, отобранных программным комитетом для рассмотрения в рамках Конференции «За гранью оториноларингологии», состоявшейся 21–22 мая 2026 г. в Москве.

В тезисах рассматривается широкий спектр актуальных проблем в области оториноларингологии и смежных специальностей: хирургические методики, диагностические подходы, инновационные технологии, междисциплинарное взаимодействие и реабилитационные методики.

Сборник рекомендован специалистам в области оториноларингологии, а также специалистам смежных областей клинической и экспериментальной медицины.

Издание распространяется под лицензией Creative Commons CC BY 4.0

ISBN 978-5-908127-57-8

© Коллектив авторов, 2026 г.
© ООО «Клиника УГН», 2026 г.
© ООО Издательство «Мир науки», 2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

АДЕНОТОМИЯ: А ЧТО ДАЛЬШЕ? СИНЕРГИЯ ЛОР-ВРАЧА И МИОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛОГОПЕДА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ
Наумова К.Е. 7

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
Малыгина Л.Н., Минкин А.У., Мишин А.В., Семьин И.С. 8

БУДУЩЕЕ ЛОР-МЕДИЦИНЫ: ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ЦИФРОВЫЕ ПАЦИЕНТЫ И НОВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА
Акатов Д.С. 9

ВАРИАНТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННЕГО ПАРАЛИЧА ГОРТАНИ
Кирасирова Е.А., Мамедов Р.Ф., Пиминиди О. К., Лафуткина Н.В., Суслова Т. М., Шульга О. В. 10

ВЗГЛЯД ЛАРИНГОЛОГА НА ОДНОСТОРОННИЙ ПАРАЛИЧ ГОРТАНИ. ИДЕИ И ВОЗМОЖНОСТИ
БудейкинаЛ.С., АзаровП.В., Малахова П.В., Пряников П.Д., Гусейнов И.Г., Чучкалова Ж.А., Сарафанова М.Е., Тимофеева О.К. 11

ГЕМАТИДРОЗ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА С СОМАТОФОРМНЫМ РАССТРОЙСТВОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Мещерякова Н.В., Пучков А.А., Садовая А.С., Морозова Т.Ю. 13

ДИСФОНИЯ ПРИ ДИСТОПИИ ЧЕРПАЛОВИДНЫХ ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ
Курбанова Д.И., Романенко С.Г., Землянов В.А., Павлихин О.Г., Лесогорова Е.В., Елисеев О.В., Красильникова Е.Н., Теплых Е.А., Сафьянникова Е.А. 14

ДОЛГОСРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ СУПРАГЛОТТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ
Карапетян Ш.А., Захарова М.Л. 15

ИНТРАНАЗАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СЕДАТИВНЫХ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД АНЕСТЕЗИОЛОГА, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА И СТОМАТОЛОГА
Путь С.А., Путь В.А., Смирнов А.В., Скухторов В.В., Чепижко А.М. 17

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В АМБУЛАТОРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ЛОР-ОРГАНОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ
Сорокина М.В. 18

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОБТУРИРУЮЩИМ ПОЛИПОЗОМ ГОРТАНИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.
Курбанова Д.И., Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Лесогорова Е.В., Елисеев О.В., Красильникова Е.Н., Землянов В.А., Теплых Е.А. 19

КЛКТ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ
Головач Е.Н., Смольская М.В., Гусейнова М.В. 21

КРИОТЕРАПИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЛЕЧИМ И ПРОФИЛАКТИРУЕМ ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ С ПОМОЩЬЮ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР
Горовой А.М. 22

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНОЙ СКУЛЬПТУРНОЙ УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С РОНХОПАТИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Князьков В.Б., Жигжитов Б.А. 22

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДИССЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ
Никонов М.Ю. 23

МУЛЬТИЦЕНТРОВОЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ
Богданова О.Ю., Авербух В.М., Кудряшова Т.А., Горожанин В.А., Григорьев А.Ю., Крылов В.В. 25

ИНТРАНАЗАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СЕДАТИВНЫХ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД АНЕСТЕЗИОЛОГА, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА И СТОМАТОЛОГА
Руденко А.С.,, Казакова Э.Ю., Азнауров В.Г. 26

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА АУТОТКАНЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ: ОПЫТ 20 ЛЕТ
Никитин Н.А., Пискунов В.С., Костин В.С. 27

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ПРИ ОБЛИТЕРАЦИИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА.
Якунин С.А, Краховецкий Н.Н. 28

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ КТ-ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОНП
Азнауров В.Г. 29

ОТОТОКСИЧНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, МЕТОДЫ ЕЕ МОНИТОРИНГА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
Гуненков А.В., Пчеленок Е.В., Лясканова Л.В. 30

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ СТАПЕДОПЛАСТИКИ
Абдуллаев А.Г., Морозов И.И., Горбунова Н.В., Широкая А.В. 32

ПЕРФОРАЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЛОР-ПРАКТИКЕ
Масленникова А.В., Кандрашина А.А. 33

ПОЗИЦИОННЫЙ НИСТАГМ НЕ ПЛОСКОСТИ КАНАЛА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОМ ПОЗИЦИОННОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ
Веселаго О.В. 34

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕБНОЙ АУГМЕНТАЦИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Бадикова Н.С. 35

РАННЯЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕКТРОСКОПИИ КОМБИНАЦИОННОГО РАССЕЯНИЯ СВЕТА И ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ
Тимурзиева А.Б. 36

РЕДКИЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ШЕИ С УГРОЗОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Богомолов Д.А., Азнауров В.Г. 37

РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, КАК ПРОЯВЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
RESULTS OF THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO TREATMENT MAXILLARY SINUS GOUT, AS A MANIFESTATION OF A SPECIFIC INFLAMMATORY PROCESS OF THE PARANASAL SINUSES CLINICAL CASE
Юрченко Н.Н. Yurchenko N.N. 38

РОЛЬ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА В ФОРМИРОВАНИИ СЕНСОМОТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОЛОСТИ РТА, НОСА И УХА: ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
Морозова А.Г. 40

РОЛЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА
Азизова П.Э. 41

РОЛЬ ФОНОПЕДИИ И ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ ГОЛОСОВЫХ РАССТРОЙСТВ
Курбанова Д.И., Романенко С.Г., Павлихин О.Г., Савватеева Н.В., Лесогорова Е.В. 42

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДНЕГО УХА КАК РЕДКАЯ ЭТИОЛОГИЯ ОТИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Джатто М.К., Лобеева А.А., Старосветский А.Б., Оганесян Т.С. 43

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛЛАПСА НОСОВОГО КЛАПАНА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ВЫБОР ТАКТИКИ КОРРЕКЦИИ
Галкин А.В., Джатто М.К., Оганесян Т.С. 44

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ОТОСКЛЕРОЗА
Хубларян А. Г., Крюков А.И., Гаров Е.В., Зеликович Е.И., Зеленкова В.Н., Загорская Е.Е. 46

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОСОДЕРЖАЩИМИ КИСТАМИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТТЕСНЯЮЩИМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ
Махмудов А.Р., Бакотина А.В., Набиева Л.В. 47

АДЕНОТОМИЯ: А ЧТО ДАЛЬШЕ? СИНЕРГИЯ ЛОР-ВРАЧА И МИОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛОГОПЕДА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

***Наумова К.Е.*[1,2]**

[1]ООО «Стоматологическая клиника Владимира Новикова», г. Москва

[2]«ЛогоЙога — онлайн-школа здоровых прикуса и осанки», г. Москва

Введение

В последние годы наблюдается рост числа детей, нуждающихся в аденотомии. Однако удаление гипертрофированных аденоидов не всегда приводит к восстановлению физиологического носового дыхания. Многие дети продолжают дышать через рот даже после устранения механического препятствия в носоглотке. Это связано не только с анатомическими изменениями, но и с формированием устойчивых нейромышечных паттернов, при которых ребенок сохраняет привычку ротового дыхания и несмыкания губ.

Миофункциональная коррекция (МФК) представляет собой комплексный подход, направленный на восстановление функций дыхания, жевания и глотания, а также формирование правильного положения языка в полости рта. Данная терапия может применяться как для профилактики осложнений аденоидной патологии, так и в послеоперационном сопровождении пациентов.

Материалы и методы

Проведен анализ современных представлений о причинах сохранения ротового дыхания после аденотомии и возможностях миофункциональной коррекции в комплексной реабилитации пациентов. Рассмотрены основные направления МФК: обучение физиологическому носовому дыханию, нормализация работы дыхательной мускулатуры, восстановление жевательной функции и формирование правильной позиции языка.

Результаты

Сохранение ротового дыхания после удаления аденоидов часто связано с закрепившимися функциональными нарушениями и требует дополнительной коррекции. По данным клинических наблюдений, более половины детей после аденотомии сохраняют привычку ротового дыхания. Миофункциональная коррекция способствует восстановлению носового дыхания, нормализации мышечного баланса орофациальной области и формированию правильных двигательных стереотипов.

Восстановление полноценной жевательной функции стимулирует рост челюстей и развитие зубных дуг. Формирование верхней позиции языка способствует поддержанию проходимости верхних дыхательных путей и снижению риска нарушений дыхания во сне. Метод может применяться у пациентов любого возраста при наличии соответствующих показаний.

Заключение

Миофункциональная коррекция является эффективным дополнением к лечению пациентов с аденоидной патологией. Совместная работа ЛОР-врача и миофункционального логопеда позволяет повысить эффективность лечения, восстановить физиологическое носовое дыхание и создать условия для гармоничного развития зубочелюстной системы ребенка.

Контактное лицо: Наумова Кристина Евгеньевна, логопед, специалист по миофункциональной коррекции, автор методики «ЛогоЙога» и одноименной онлайн-школы здоровых прикуса и осанки, г. Москва, Россия.

E-mail: chrisnaumova@yandex.ru

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Малыгина Л.Н.[1], Минкин А.У.[2], Мишин А.В.[1], Семьин И.С.[1]

[1]ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница», г. Архангельск

[2] ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск

Введение

Носовые кровотечения (НК) лидируют по частоте возникновения среди спонтанных кровотечений. До 6% пациентов с НК нуждаются в медицинской помощи. Примерно в 5% случаев источник НК находится в задних отделах полости носа, что приводит к неэффективности консервативного лечения. Дальнейшее лечение может состоять из перевязки сосуда, либо из эндоваскулярной эмболизации артерий, питающих полость носа.

Материалы и методы

Проанализированы данные историй болезни 46 пациентов, госпитализированных в период с 2014 по 2023 годы, которым была выполнена эндоваскулярная эмболизация для остановки НК. Выявлены следующие причины НК: идиопатические — 9 (19,6%) , повышенное артериальное давление — 17 (37%), послеоперационные - 6 (13%), новообразования полости носа — 4 (8,7%), посттравматические — 4 (8,7%), другие причины 6 (13%). Возраст пациентов составил от 24 до 81 года. Средний возраст: 52 ±14,2 года. Большая часть пациентов были мужчины 27 (58,7%). У 34 (74%) пациентов была выполнена эмболизация билатерально верхнечелюстных артерий (ВЧА), у 2 (4,3%) - унилатерально; двусторонняя эмболизация ВЧА в сочетании с лицевой артерии на стороне кровотечения — 8 (17,4%) пациентов; 2 (4,3%)случая: эмболизация лицевых артерий и внутренней сонной артерии (ВСА)с одной стороны. В качестве материала для эмболизации применяли n-бутил-2-цианакрилат, при эмболизации ВСА использовали микроспирали. Средняя продолжительность операции составила 42 минуты, варьировала от 12 до 120 минут.

Результаты

У 5 (11%) пациентов потребовалась повторная эмболизация в связи с рецидивом НК. У 18 (39 %) пациентов отмечались различной тяжести осложнения (онемение кожи лица, некроз слизистой полости рта, кожи лица, по 1 случаю ТИА и ОНМК). В нашем исследовании определяется связь между наличием у пациента коагулопатии различной этиологии, перенесенного ОНМК, операции на сосудах шеи в анамнезе и риском возникновения осложнений. Все пациенты были выписаны из стационара.

Заключение

Эндоваскулярная эмболизация современный и надежный метод остановки НК. Однако, существует риск серьезных осложнений, которые могут возникнуть при попадании эмболизирующего материала в систему ВСА или глазную артерии; также определенную роль играет коагулопатия, ОНМК, операции на сосудах шеи в анамнезе. Предоперационная ангиография помогает выявить возможные анастомозы, менее распространенные причины НК, что может повлиять на тактику лечения.

Контактное лицо: Малыгина Любовь Николаевна, врач оториноларинголог, оториноларингологического отделения, Центр оториноларингологии. ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»; аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СГМУ; ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России, г. Архангельск, Россия.

E-mail: malyginaln@yandex.ru

БУДУЩЕЕ ЛОР-МЕДИЦИНЫ: ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ЦИФРОВЫЕ ПАЦИЕНТЫ И НОВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Акатов Д.С. [1]

[1]*ООО «Экосистема Альфа», г. Москва*

Введение
Цифровая трансформация здравоохранения приводит к активному внедрению технологий искусственного интеллекта в клиническую практику. В оториноларингологии особый интерес представляют методы компьютерного зрения, обработки речи и звука, интеллектуальные системы поддержки принятия решений и концепция цифрового двойника пациента. Высокая доля визуальных и акустических данных делает ЛОР-специальность одной из наиболее перспективных областей для применения подобных технологий. Цель - анализ современных направлений развития искусственного интеллекта и их потенциального влияния на организацию ЛОР-помощи.

Материалы и методы
Проведен анализ современных научных публикаций, посвященных использованию искусственного интеллекта в диагностике и лечении заболеваний ЛОР-органов. Рассмотрены технологии анализа эндоскопических изображений и данных компьютерной томографии, алгоритмы акустического анализа речи и слуха, системы автоматической обработки медицинской документации, концепция цифрового двойника пациента, системы поддержки принятия врачебных решений и технологии Retrieval-Augmented Generation (RAG).

Результаты
Использование алгоритмов компьютерного зрения позволяет автоматизировать выявление патологических изменений, выполнять количественную оценку анатомических структур и снижать риск пропуска патологии. Технологии анализа речи и звука обеспечивают объективизацию нарушений голоса и слуха, а системы распознавания речи позволяют существенно сократить время подготовки медицинской документации. Концепция цифрового двойника пациента объединяет клинические, инструментальные и функциональные данные в единую динамическую модель, позволяющую прогнозировать течение заболевания и персонализировать лечение. Интеллектуальные системы поддержки принятия решений помогают врачу сопоставлять данные пациента с клиническими рекомендациями и выбирать оптимальную лечебную тактику. Интеграция указанных технологий формирует единую цифровую экосистему сопровождения пациента на всех этапах оказания медицинской помощи.

Заключение
В ближайшие годы искусственный интеллект станет неотъемлемой частью клинической практики оториноларинголога. Наиболее перспективными направлениями являются цифровые двойники пациентов, интеллектуальная поддержка принятия решений, автоматизация рутинных процессов и непрерывный мониторинг состояния пациента. При этом ключевая роль в диагностике, выборе лечебной тактики и взаимодействии с пациентом сохраняется за врачом. Развитие данных технологий способно существенно изменить организацию ЛОР-помощи и сформировать новую клиническую практику, основанную на данных, прогнозировании и персонализированном подходе к лечению.

Контактное лицо: Акатов Денис Сергеевич, к.м.н., врач сердечно-сосудистый хирург высшей квалификационной категории, генеральный директор ООО «Экосистема Альфа», г. Москва, Россия.

E-mail: adeniss@mail.ru

ВАРИАНТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННЕГО ПАРАЛИЧА ГОРТАНИ

Кирасирова Е.А.[1,2], Мамедов Р.Ф.[1], Пиминиди О. К.[1], Лафуткина Н.В.[1], Суслова Т. М.[2], Шульга О. В.[2]

[1]ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва
[2]Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского ИХ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, г. Москва

Введение
Хирургия двустороннего паралича гортани (ДПГ) остается актуальной проблемой. Основная причина данной патологии - ятрогенное повреждение возвратных гортанных нервов. Классические методики, восстанавливая дыхание, ухудшают качество голоса и глотания, что требует поиска малоинвазивных методов, уменьшающих травму гортани и улучшающих функциональные результаты.

Материалы и методы
В 2024-2026 гг. на базе НИКИО им. Л.И. Свержевского прооперировано 37 пациентов женского пола с ДПГ, в основном после тиреоидэктомии. Возраст 32-76 лет, длительность заболевания от полугода до 30 лет. Трахеостома предварительно была у 2 (5,7%), остальным 35 (94,6%) не накладывалась. Основной группе (n=30) выполнена эндоларингеальная ларингопластика с латерофиксацией: синим диодным лазером ARC TruBlue (длина волны 445 нм, мощность 4 Вт) в бесконтактном режиме испаряли заднюю треть правой голосовой складки, включая фрагменты голосовой и щиточерпаловидной мышц, сохраняя черпаловидный хрящ, фиксацию осуществляли атравматичными рассасывающимися нитями 2,0 через мини-доступ на шее. У 7 пациентов (18,9%) применили экстраларингеальный доступ - подслизистую лазерную вапоризацию мышц задней трети голосовой складки через троакар. Послеоперационная оценка включала эндоскопический осмотр гортани и исследование ее функций.

Результаты
Лазерная техника обеспечила точность, минимальное повреждение тканей и стойкий гемостаз у всех 100% пациенток. Госпитализация у 94,3% пациентов не превысила 5 дней. В ранние сроки у всех пациентов отмечено умеренное снижение качества голоса, дисфагии и аспирации не было. При ларингоскопии у 94,3% выявлялся умеренный отек в зоне вмешательства, не приводивший к критическому сужению голосовой щели и купировавшийся к 5-7-м суткам на фоне противовоспалительной терапии; у 2 пациенток из группы экстраларингеального доступа отек был минимален и прошел в первые сутки. Через 6 месяцев дыхание восстановлено у всех 37 (100%) пациентов, трахеостомированных деканюлировали. Предварительно, экстраларингеальный доступ (7 наблюдений) демонстрирует меньший отек и лучшую сохранность голоса у 5 из 7 (71,4%) и необходимы дальнейшие исследования.

Заключение
Эндоларингеальная лазерная ларингопластика восстанавливает дыхание у 100% больных, избавляет от трахеостомии и сокращает сроки лечения и реабилитации. Экстраларингеальный доступ обеспечивает лучшее сохранение голоса и требует дальнейшего изучения.

Контактное лицо: Суслова Татьяна Максимовна, аспирант кафедры оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского ИХ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, г. Москва, Россия.

E-mail: suslovatatyan@yandex.ru

ВЗГЛЯД ЛАРИНГОЛОГА НА ОДНОСТОРОННИЙ ПАРАЛИЧ ГОРТАНИ. ИДЕИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Будейкина Л.С.[1,2,3,4,8,9,10], Азаров П.В.[1], Малахова П.В.[1,2], Пряников П.Д.[5], Гусейнов И.Г.[6], Чучкалова Ж.А.[5], Сарафанова М.Е.[3], Тимофеева О.К.[7]

[1]ГБУЗ «МКНИЦ БОЛЬНИЦА 52 ДЗМ», г. Москва

[2]«Клиника уха, горла и носа», г. Москва

[3]ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ», г. Москва

[4]ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

[5]РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

[6]ФГБУ НМИЦО ФМБА России, г. Москва

[7]ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, г. Москва

[8]Клиника «К+31», г. Москва

[9]Клиника «Лор-центр», г. Москва

[10]АНО «Русский Госпиталь», г. Москва

Введение

Односторонний паралич гортани – одно из наиболее частых осложнений тиреоидэктомии. При развитии одностороннего паралича гортани у пациентов с онкологическим анамнезом, требующим многократных хирургических вмешательств на шее и средостении, задача голосовой реабилитации приобретает особую сложность вследствие формирования рубцовых изменений, нарушения анатомических ориентиров и необходимости сохранения онконадзора.

Представленный клинический случай иллюстрирует поэтапную эволюцию подходов к хирургической реабилитации голоса у пациентки с медуллярным раком щитовидной железы, перенесшей 8 онкологических операций в течение 6 лет, и демонстрирует возможности комбинированного применения современных методик. Целью работы является демонстрация эффективности поэтапной хирургической реабилитации голоса при одностороннем параличе гортани на фоне тяжелого онкологического анамнеза и обоснование алгоритма выбора оптимального метода медиализации голосовой складки в зависимости от клинической ситуации.

Ключевые слова

Односторонний паралич гортани, паралич возвратного гортанного нерва, тиреопластика I типа, ларингопластика, инъекционная ларингопластика, медиализация голосовой складки, аутохрящ, реабилитация голоса, медуллярный рак щитовидной железы, тиреоидэктомия.

Материалы и методы

Пациент: женщина 55 лет.

Анамнез заболевания

- Февраль 2019 г. – тиреоидэктомия с микрохирургическим невролизом возвратных гортанных нервов, селективная шейная диссекция уровня II–IV справа по поводу медуллярного рака щитовидной железы pT2N1bM0, IVA стадия.
- Май 2019 г. – расширенная шейная лимфаденэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом в связи с прогрессированием опухолевого процесса. (pT3bN1bM0).

- Август 2019 г. — видеоторакоскопическая медиастинальная лимфодиссекция слева.
- Декабрь 2019 г. — повторная расширенная шейная лимфаденэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом справа (уровень VI, IV).
- Июль 2020 г. — повторная видеоторакоскопическая лимфодиссекция средостения слева.
- Август 2020 г. — видеоассистированная селективная боковая шейная лимфаденэктомия слева IV уровня.
- Февраль 2021 г. — видеоторакоскопическая медиастинальная лимфаденэктомия справа.
- Июнь 2021 г. — расширенная центральная лимфаденэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом справа.

Этапы голосовой реабилитации

1. **Консервативный этап (декабрь 2019 г. — ноябрь 2021 г.)** — неоднократные курсы фонопедического лечения с незначительной положительной динамикой.
2. **Инъекционная ларингопластика I (ноябрь 2021 г.)** — эндоларингеальное введение препарата на основе коллагена с использованием микрохирургической техники. Эффект оказался непродолжительным.
3. **Инъекционная ларингопластика II (декабрь 2023 г.)** — повторное введение препарата на основе коллагена в связи с регрессом достигнутого результата.
4. **Ларингопластика с введением аутохряща (апрель 2025 г.)** — использование собственного хряща козелка пациентки для медиализации левой голосовой складки. Преимущество метода — получение стабильного долгосрочного результата за счет использования собственных тканей.
5. **Тиреопластика I типа (август 2025 г.)** — медиализация голосовой складки цервикальным доступом. Этапы: шейный доступ, формирование «окна» в щитовидном хряще, установку и фиксацию титанового протеза, ларингоскопический контроль положения голосовой складки, послойное ушивание тканей.

Методы контроля

Видеоларингоскопия, оценка голосовой функции с использованием специальных шкал, компьютерная томография (предоперационно).

Результаты

Динамика лечения позволила проанализировать эффективность каждого метода:

- **Инъекционная ларингопластика** обеспечила временное улучшение голосовой функции на срок до 1,5–2 лет, однако требовала повторных вмешательств вследствие резорбции материала.
- **Ларингопластика с аутохрящем** создала анатомически стабильную медиализацию голосовой складки. Метод продемонстрировал хорошую переносимость и отсутствие иммунологических реакций, однако в данном клиническом случае требовалась дополнительная коррекция для улучшения достигнутого результата.
- **Тиреопластика I типа** позволила достичь оптимальной медиализации голосовой складки с сохранением полной дыхательной функции.
- **Долгосрочные результаты:** контрольная ларингоскопия через 3 месяца (ноябрь 2025 г.) и 6 месяцев (февраль 2026 г.) продемонстрировала стабильность достигнутого результата.

  Эволюция тактики в данном случае — от малоинвазивных методов к открытой хирургии — соответствует общепринятому алгоритму: консервативное лечение фонопедия (как предоперационная подготовка, как послеоперационная реабилита-

ция и как долгосрочный контроль) → инъекционная ларингопластика → хирургическая медиализация с использованием аутотканей→ тиреопластика I типа.
Тиреопластика I типа остается «золотым стандартом» при неэффективности инъекционных методов, обеспечивая:

- точный контроль степени медиализации;
- стабильный долгосрочный результат;
- возможность повторной коррекции при необходимости;

Заключение

При одностороннем параличе гортани у пациентов с тяжелым онкологическим анамнезом рекомендуется поэтапный подход к голосовой реабилитации с последовательным применением методов возрастающей инвазивности.

1. Инъекционная ларингопластика является разумным первым хирургическим шагом, однако при ее неэффективности или кратковременности результата следует рассматривать методы с использованием аутотканей.
2. Ларингопластика с аутохрящом представляет собой эффективный промежуточный этап, обеспечивающий стабильную медиализацию без риска иммунологических реакций.
3. Тиреопластика I типа остается методом выбора при резистентности к малоинвазивным вмешательствам, позволяя достичь оптимальных функциональных результатов.
4. Комплексный подход, включающий фонопедию на всех этапах, поэтапную хирургическую коррекцию и длительный динамический контроль, является обязательным условием успешной реабилитации голоса у данной категории пациентов.

Контактное лицо: Малахова Полина Вячеславовна, врач-ординатор оториноларинголог отделения оториноларингологии и микрохирургии уха ГБУЗ «МКНИЦ БОЛЬНИЦА 52 ДЗМ», врач-стажер оториноларинголог «Клиника уха, горла и носа», г. Москва, Россия.

E-mail: polinapronina983@gmail.com

ГЕМАТИДРОЗ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА С СОМАТОФОРМНЫМ РАССТРОЙСТВОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мещерякова Н.В.[1], Пучков А.А.[1], Садовая А.С.[1], Морозова Т.Ю.[1]

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

Введение

Гематидроз –производное от греческих слов « кровь» и «пот». В основе патогенеза данного феномена лежит диапедезная миграция эритроцитов в верхние слои неповрежденной кожи. В литературных данных говорится о том, что данный он возникает на фоне сильного психоэмоционального напряжения, страха, системных заболеваний, физических нагрузок.

Ключевые слова

Гематидроз, соматоформное расстройство.

Клинический случай

В отделение оториноларингологии ГБУЗ СК « КДКБ» г. Ставрополя в январе 2026г. поступила девочка 13 лет с жалобами на головокружение, слабость, боль в области правого уха после травмы мячом. Ребенок был консультирован нейрохирургом, неврологом уста-

новлен диагноз ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, посттравматический перфоративный острый средний отит справа. Консультирована сурдологом , слух в норме. На вторые сутки у ребенка появляется обильное кровотечение из обеих наружных слуховых проходов и носа, купируются самостоятельно. При отоскопии на коже слуховых проходов капли светлой жидкости с кровью. На КТ-ангиографии сосудов головного мозга виллизиев круг разомкнутого типа. Отсутствует костная ткань в области канала правой внутренней сонной артерии .В общеклинических анализах патологии не выявлено . Коагулограмма, ОЖСС, агрегация тромбоцитов, ферритин в норме. Уровень агрегационной активности к АДФ 0,1 1 5 мкМ , адреналину, ристомицину в норме. Небольшое повышение уровня агрегационной активности к коллагену 77%. Через 3 недели после выписки у ребенка вновь повторяются кровотечения из наружных слуховых проходов до 5 раз за сутки . Купируются самостоятельно в течении 5-10 минут. Ребенка беспокоят периодические головные боли, легкие головокружения, чувство нехватки воздуха. 2 года назад ребенок находился на лечении в нашем отделении по поводу психогенной односторонней глухоты справа.. Слух восстановлен до нормы, выписана с выздоровлением. Консультирована кардиологом заключение: лабильная артериальная гипотензия, пароксизмальная неустойчивая тахикардия. Консультирована психологом, психиатром. Заключение: соматоформное вегетативное расстройство (СФР). В терапии получала противотревожные препараты, гомеопатические монокомпонентные препараты , занятия с психологом, ЛФК.
В семье есть младший ребенок, которому уделялось больше внимания родителями в связи с заболеванием сердца. У старшей дочки возникали приступы ревности, агрессии к брату, аутоагрессии, приступы тревоги, боязнь оставаться одной. В дополнении к этому ребенок подвергался буллингу в школе. По поводу чего девочка очень переживает, нервничает, возникают депрессивные состояния. Нами ребенок наблюдается в течении двух месяцев после выписки. На фоне проводимой терапии отмечается улучшение психоэмоционального статуса, уменьшение частоты кровотечений.

Заключение
В данном клиническом наблюдении гематидроз реализовался как проявление СФР у ребенка в пубертате. Междисциплинарный подход в данной ситуации позволил установить этиологию процесса и выбрать правильную тактику лечения пациента.

Контактное лицо: Мещерякова Наталья Валентиновна, оториноларинголог оториноларингологического отделения ГБУЗ СК «КДКБ», к.м.н., г. Ставрополь, Россия.

E-mail: natalimescherjakova@rambler.ru

ДИСФОНИЯ ПРИ ДИСТОПИИ ЧЕРПАЛОВИДНЫХ ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ У ЛИЦ ГОЛОСО-РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Курбанова Д.И.[1], Романенко С.Г.[1], Землянов В.А.[1], Павлихин О.Г.[1], Лесогорова Е.В.[1], Елисеев О.В.[1], Красильникова Е.Н.[1], Теплых Е.А.[1], Сафьянникова Е.А.[1]

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва

Цель
Изучить влияние дистопии черпаловидных хрящей на развитие дисфонии у лиц голосо-речевых профессий.

Материал и методы
Обследовано 76 пациентов – профессионалов голоса (вокалисты, актеры, педагоги, операторы call-центров, гиды-переводчики, священнослужители) с выявленной асимметри-

ей черпаловидных хрящей гортани. Возраст от 22 до 53 лет, стаж работы от 3 до 28 лет. Мужчины - 31 человек, женщины – 45.
Методы обследования: сбор жалоб и анамнеза, микроларингоскопия, видеоларингостробоскопия, акустический анализ голоса (система Kay Pentax).

Результаты
Жалобы на охриплость предъявляли 43 пациента, на дискомфорт в области гортани при голосовой нагрузке – 29, ощущение «кома в горле» - 57 пациентов, затруднения в точном интонировании и филировке звука – 19, снижение силы голоса - 24.
Объем профессиональной голосовой нагрузки составил от 16 до 32 часов в неделю.
Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь – 19 пациентов, ГЭРБ – 26, бронхиальная астма: легкое течение 7, среднетяжелое течение с постоянным использованием топических кортикостероидов – 3, гипотиреоз – 10, сахарный диабет – 17, аллергический ринит – 9 пациентов, хронический катаральный ларингит – 11, хронический отечно-полипозный ларингит – 12, узелки голосовых складок - 16. Курильщиками являлись 54 пациента.
Результаты непрямой микроларингоскопии. Смещение хрящей при фонации на 1/3 относительно друг друга отмечено у 39 пациентов, на 2/3 - у 21, полное смещение хрящей относительно друг друга – у 16 пациентов. Полное смыкание голосовых складок при фонации отмечено у 49 пациентов, линейная щель – 16, треугольная – 11. Симптом зияющих желудочков выявлен у 21.
Результаты видеоларингостробоскопии. Вибраторный цикл без отклонений отмечен у 52 пациентов, у 24 пациентов зафиксирована малая амплитуда колебаний голосовых складок. Частичная вестибулярно-складковая фонация отмечена у 19 пациентов.
Не выявлено корреляции между степенью смещения черпаловидных хрящей относительно друг друга, формой голосовой щели при фонации и наличием вестибулярно-складковой фонации.
Показатели акустического анализа голоса (частота основного тона (F_0), нестабильность голоса по амплитуде в долгосрочном периоде vAm, частотная нестабильность (Jitter), амплитудная нестабильность (Shimmer), показатель отношения шума к сигналу (NHR) - в пределах нормы зафиксированы у 49 пациентов, у 27 отклонения от нормы составили 11±3,7%.

Выводы
Не выявлено достоверной взаимосвязи между дистопией черпаловидных хрящей и нарушением голосовой функции у лиц голосо-речевых профессий. Развитие дисфонии чаще всего было обусловлено наличием воспалительных заболеваний гортани, обострением сопутствующей соматической патологии и чрезмерным объемом голосовой нагрузки. Пациентам с выраженной дистопией черпаловидных хрящей показано динамическое наблюдение фониатра с целью определения оптимального объема и интенсивности голосовой нагрузки

ДОЛГОСРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ СУПРАГЛОТТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛАРИНГОМАЛЯЦИИ

Карапетян Ш.А.[1], Захарова М.Л.[1]

[1]ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Введение
Ларингомаляция — наиболее частая причина врожденного стридора у детей [1, 2, 3]. Долгосрочные данные по супраглоттопластики у детей с ларингомаляцией преимущественно происходят из ретроспективных серий и включают только первый год после супраглоттопластики.

Цель
Обобщить данные о долгосрочных результатах супраглоттопластики у детей с ларингомаляцией в горизонте наблюдения до 6 лет.

Материалы и методы
Исследование выполнялось на базе кафедры оториноларингологии СПбГПМУ. Критериями выбора для пациентов были детский возраст, согласие родителей на исследование и хирургическое или консервативное лечение ларингомаляции в анамнезе. Оценка эффективности хирургического лечения выполнялась по стиханию таких жалоб, как стридор, синдром обструктивного апноэ сна, малые прибавки массы тела, эпизоды поперхиваний, аспирационных пневмоний.

Результаты и обсуждение
В исследование было включено 34 детей, из которых 15 (Группа 1) перенесли хирургическое лечение в объеме супраглоттопластики, 19 (Группа 2) получали консервативное лечение.
Из ранних осложнений супраглоттопластики наблюдалась дисфагия (n=1), поперхивание (n=2), однократная рвота (n=2). Симптомы ларингомаляции, которые присутствовали до операции, у всех детей были купированы в течение 10 суток, с исключением 1 ребенка с эпизодами поперхиваний до 1 года и 1 ребенка с невозможностью деканюляции.
С целью оценки эффективности супраглоттопластики выполнен сравнительный анализ индекса массы тела (ИМТ) детей при рождении и через 2-6 лет после супраглоттопластики в 1 группе и через 5-6 лет длительного наблюдения во 2 группе. ИМТ после супраглоттопластики в среднем выше, чем при рождении.
В то же время нужно отметить, что при ларингомаляции малые прибавки массы тела связаны с длительной гипоксией и затруднением кормления, что показывает, что сравнение ИМТ при рождении и после операции не корректно. В связи с этим мы сравнили ИМТ после длительного наблюдения с нормами данного возраста, где видно, что большая часть пациентов соответствует возрастным нормам.

Заключение
Супраглоттопластика является безопасным методом хирургического лечения ларингомаляции.
Супраглоттопластика продемонстрировала высокую эффективность при условии обоснованного отбора пациентов и адекватного выбора хирургической техники.
Полученные результаты в отношении эффективности и безопасности супраглоттопластики при ларингомаляции совпадают с данными, представленными в современной зарубежной и отечественной литературе.

Литература
1. *Landry AM, Thompson DM. Laryngomalacia: Disease Presentation, Spectrum, and Management. Int J Pediatr. 2012;2012:753526. (PMC3299329).*
2. *Klinginsmith M, Hartnick CJ. Laryngomalacia. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. (NCBI Bookshelf).*
3. *van der Heijden M, et al. Treatment outcome of supraglottoplasty vs. wait-and-see policy in laryngomalacia. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(9):2671–2678. (PMC4858546).*
4. *Richter GT, Thompson DM. The Surgical Management of Laryngomalacia. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41(5):837–864.*

Контактное лицо: Карапетян Шагане Арамовна, ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: Shahane.karapetyan@gmail.com

ИНТРАНАЗАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СЕДАТИВНЫХ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД АНЕСТЕЗИОЛОГА, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА И СТОМАТОЛОГА

Путь С.А.[1], Путь В.А.[2], Смирнов А.В.[3], Скухторов В.В.[1], Чепижко А.М.[4]

[1] ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Ярославль

[2] Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

[3] ФГБУ «МФК Минфина России», «Медицинский центр». Обособленное подразделение «Медицинский центр» Медицинского управления ФГБУ «МФК Минфина России»

[4] ООО «Медика-Экспресс» г Воронеж

Введение

Проблема эффективной седации и обезболивания в амбулаторной практике остается актуальной, особенно в детской стоматологии и ЛОР-практике. Перспективным направлением являются малоинвазивные методы доставки препаратов, требующие междисциплинарного подхода.

Ключевые слова

Интраназальное введение, седативные препараты, анальгетические препараты, амбулаторная практика, дентофобия.

Материалы и метод

Метод основан на использовании богатого сосудистого сплетения слизистой оболочки носа. При местном введении препараты могут быстро всасываться и достигать эффективной концентрации в крови без внутривенного доступа. Наиболее результативным считается распыление растворов в виде мелкодисперсного аэрозоля, что снижает стекание препарата и повышает площадь контакта со слизистой.

Результаты

Интраназальное введение лекарственных средств имеет ряд преимуществ. Прямое всасывание в кровоток позволяет избежать разрушения препарата в желудочно-кишечном тракте и эффекта первого прохождения через печень. Для ряда препаратов скорость всасывания и концентрация в плазме сопоставимы с внутривенным введением и превосходят подкожный или внутримышечный путь. Метод практически безболезнен, не требует стерильных условий, катетеров и других инвазивных устройств, что особенно важно у пациентов с выраженной тревожностью и дентофобией. Близость слизистой оболочки носа к центральной нервной системе также рассматривается как дополнительное преимущество при необходимости быстрого достижения терапевтического эффекта.

Возможны ограничения: раздражение и контактная сенсибилизация слизистой носа. Метод подходит не для всех препаратов, а только для веществ с определенными физико-химическими свойствами. Кроме того, не всегда возможно обеспечить стабильную концентрацию препарата в крови, а часть лекарственного средства может не попадать в системный кровоток.

Заключение

Интраназальное применение седативных и анальгетических препаратов широко изучается и используется в зарубежной практике. В Российской Федерации данное направление требует дальнейшей разработки на стыке анестезиологии, оториноларингологии и стоматологии. Анализ зарубежного опыта, участие ЛОР-специалистов и потребность в

помощи пациентам с дентофобией позволяют рассматривать интраназальный путь введения как перспективную основу для создания безопасных и эффективных амбулаторных методик, с учетом действующих законодательных ограничений доступа к ряду препаратов.

Контактное лицо: Путь Сергей Анатольевич, к.м.н., доцент, кафедра клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии №2 ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Ярославль, Россия.

E-mail: noviyput36@yandex.ru

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В АМБУЛАТОРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ЛОР-ОРГАНОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ

***Сорокина М.В.*[1]**

[1]Клиника «ПрезиДЕНТ» (СК №2), г. Видное

Введение
В клинике Президент СК 2 было проведено обследование и лечение 203 больным за 2022-2026 годы с различными заболеваниями ЛОР-органов (вазомоторный ринит, аллергический ринит, медикаментозный ринит, носовые кровотечения, полипозный риносинусит, синехии полости носа, ронхопатия, гипертрофия увулы, хронический тонзиллит, аденоиды, экссудативный средний отит, среди них 101 женщин и 102 мужчин в возрасте от 8 до 74 лет (средний возраст 35 лет).

Материалы и метод
Всем пациентам было проведено хирургическое лечение с помощью лазера с длинной волны 1.94 Fiberlase VT под контролем жесткого эндоскопа 30 градусов Heinemann и видеоназофарингоскопа с интегрированным LED-осветителем Оптимед.

Результаты
У всех пациентов были получены отличные результаты лечения.

Заключение
Преимуществами контактной лазерной хирургии являются локальность и контролируемость воздействия, которые обеспечиваются эндоскопической техникой; надежный гемостаз, позволяющий избежать тампонады полости носа; хорошая переносимость пациентами; безболезненность; отсутствие выраженных реактивных воспалительных явлений, следовательно, грубого рубцевания в послеоперационном периоде; возможность лазерного воздействия в труднодоступных отделах полости носа и носоглотки; операция может проводиться амбулаторно, при этом не утрачивается трудоспособность пациента; лазерное лечение позволяет снизить количество случаев послеоперационных рецидивов в несколько раз; низкие риски инфицирования: меньше случаев развития постоперационных воспалений, присоединения вторичных инфекций.

Контактное лицо: Сорокина Марина Викторовна, врач клиники «ПрезиДЕНТ» (СК №2), г. Видное, Россия.

E-mail: mvoland_gor@list.ru

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОБТУРИРУЮЩИМ ПОЛИПОЗОМ ГОРТАНИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

Курбанова Д.И.[1], Романенко С.Г.[1], Павлихин О.Г.[1], Лесогорова Е.В.[1], Елисеев О.В.[1], Красильникова Е.Н.[1], Землянов В.А.[1], Теплых Е.А.[1]

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва

Актуальность

Хронический отечно-полипозный ларингит (ХОПЛ), или болезнь Рейнке-Гайека, это доброкачественный процесс, характеризующийся полиповидной гиперплазией слизистой оболочки голосовых складок. Основным клиническим проявлением заболевания является охриплость, однако по мере прогрессирования процесса существует риск развития обструктивных нарушений дыхания. Несмотря на то, что ХОПЛ не относится к предраковым состояниям, потенциальная угроза стенозирования голосовой щели диктует необходимость систематического наблюдения оториноларингологом пациентов с данным диагнозом.

Цель

Продемонстрировать особенности клинического течения и тактику успешного хирургического лечения хронического отечно-полипозного ларингита, осложненного развитием стеноза гортани на примере клинического случая.

Материал и методы

Анализ клинического случая пациентки с обтурирующим полипозом гортани.

Результаты

Пациентка А., 42 лет, обратилась на прием к фониатру с жалобами на охриплость и дискомфорт в горле в течение последних 1.5 лет. Стаж курения 20 лет (по 20 сигарет в день), не имеет профессиональных вредностей и повышенной голосовой нагрузки, соматически не отягощена. Из анамнеза известно, что за год до настоящего обращения в стороннем ЛПУ пациентке выполняли операцию на гортани, после которой охриплость не регрессировала (в связи с отсутствием медицинской документации оценить вид вмешательства не представлялось возможным).

На приеме при видеоларингоскопии (ВЛС) диагностирован ХОПЛ (3 тип по H. Yonekawa 1988г.) со стенозом гортани: голосовые складки подвижны, их слизистая оболочка полипозно изменена, вдоль всего медиального края правой голосовой складки определяется миксоидное образование, практически полностью перекрывающее просвет голосовой щели, флотирующее при фонации и дыхании. Дыхание в покое компенсированное, без участия вспомогательной мускулатуры, втяжений податливых мест грудной клетки нет. Важно отметить, что на первичном приеме пациентка не предъявляла жалоб на нарушение дыхания.

Пациентке было рекомендовано хирургическое лечение гортани под комбинированной эндотрахеальной анестезией в объеме: эндоларингеальное микрохирургическое удаление образования и полипозно-измененной слизистой оболочки голосовых складок. Операция была проведена в условиях ЛОР-стационара через 4 дня с момента первичного обращения после предварительного предоперационного обследования, с использованием микрохирургической техники по Кляйнзассеру при помощи «холодного» микроинструментария. Из особенностей операции: интубацию трахеи выполняли с видеоэндоскопической ассистенцией, благодаря чему предварительная трахеостомия не по-

требовалась, несмотря на имеющийся стеноз гортани. Длительность операции: 40 минут. Из наркоза вышла самостоятельно без осложнений. При гистологическом исследовании операционного материала подтвержден клинический диагноз.
В послеоперационном периоде у пациентки отмечен выраженный послеоперационный ларингит, в связи с чем ей проводили послеоперационную терапию, включающую противовоспалительные ингаляции, антирефлюксные и комплексные гомеопатические препараты с противовоспалительным и лимфодренажным эффектом. Значительное улучшение качества голоса и дыхания пациентка отметила сразу после операции. Через 6 недель при ВЛС выявлено полное завершение процесса эпителизации голосовых складок с сохранением ларингоскопических признаков ХОПЛ в начальной стадии. Спустя 4 месяца после операции на фоне сокращения курения пациентка отметила полное восстановление качества голоса.

Обсуждение
При ХОПЛ патологический процесс анатомически ограничен пространством Рейнке, является доброкачественным и может быть односторонним или двусторонним. Причина заболевания – курение. Клиническая картина зависит от стадии заболевания. Понижение тембра и огрубление голоса появляется на начальных стадиях, далее прогрессирует охриплость, а на поздних стадиях возникает затруднение дыхания. Практически никто из пациентов не обращается с жалобами на затруднение дыхания. Это связано с тем, что стеноз гортани нарастает постепенно и пациенты к нему адаптируются. Симптомы стеноза могут появляться на фоне острых респираторных заболеваний (ОРЗ) или аллергических реакций, когда полиповидное утолщение голосовых складок становится более плотным за счет обострения воспалительного процесса или отека, а измененная слизистая оболочка становится больше в объеме или перестает флотировать. Течение заболевания ухудшается при повышенных голосовых нагрузках, воздействии химических и термических факторов, гипотиреозе и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Диагностика основывается на микроларингоскопии. Биопсия при ХОПЛ не требуется. Важно диагностировать заболевание на ранних стадиях, когда возможно консервативное лечение. При II и III стадиях показано хирургическое лечение. В послеоперационном периоде требуется динамическое наблюдение до полного восстановления голосовой функции, проведение противовоспалительной терапии, иногда – фонопедических занятий. Эпителизация голосовых складок длится в течение 3-4 недель. После завершения послеоперационного лечения пациенты подлежат дальнейшему динамическому наблюдению, поскольку рост полипозной ткани может продолжаться при сохранении провоцирующих факторов. Необходим отказ от курения. Возможно сочетание ХОПЛ с гиперпластическим ларингитом и раком гортани другой локализации.

Выводы
Пациенты с ХОПЛ требуют динамического наблюдения, независимо от того, что данное заболевания не является предраковым. Качество голоса меняется на начальных стадиях заболевания, а при прогрессировании процесса не всегда объем поражения. Дыхательная недостаточность нарастает постепенно, в связи с чем пациенты неадекватно оценивают качество функции внешнего дыхания и могут не предъявлять жалобы на одышку. При сохранении привычки курения возможен рецидив и прогрессирование заболевания даже после хирургического лечения. Ларингоскопию пациента с подозрением на ХОПЛ следует проводить в несколько фаз фонации и дыхания в связи с тем, что полипозная ткань флотирует. При проведении интубации трахеи пациенту с ХОПЛ требуется применение видеоларингоскопии. Послеоперационное ведение пациента с ХОПЛ требуется осуществлять до полной эпителизации голосовых складок и восстановления голоса.

КЛКТ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

Головач Е.Н.[1], Смольская М.В.[1], Гусейнова М.В.[1]

[1]ЗАО «МедСайнс» г. Гродно, Беларусь

Введение

В обследование пациентов перед офтальмологическими операциями входит осмотр врача-оториноларинголога и выполнение стандартного рентгенологического обследования околоносовых пазух (ОНП). При стандартной рентгенографии ОНП пациент получает лучевую нагрузку 0,03-0,1 мЗв.

Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) околоносовых пазух позволяет получить трехплоскостное цифровое изображение исследуемой области, благодаря чему специалист имеет возможность изучать анатомические особенности и патологические процессы в пазухах и смежных областях. Лучевая нагрузка на пациента при выполнении КЛКТ ОНП на аппарате Planmeca Promax 3D Plus по программе 3D Лор составляет 0,03 мЗв (годовой естественный фон составляет 2-3 мЗв).

Ключевые слова

Конусно-лучевая компьютерная томография, околоносовые пазухи, катаракта.

Материалы и методы

За 4 месяца на базе нашей клиники выполнено 126 КЛКТ ОНП пациентам, которым планировалась операция по поводу катаракты. Средний возраст составил 63±11,8 года. Распределение по полу: 65,1% (82) женщины и 34,9% (44) мужчины. Всем пациентам исследование ОНП выполнялось на аппарате Planmeca Promax 3D Plus по программе 3D Лор.

Результаты

Проведенное исследование позволило детально изучить строение стенок всех придаточных пазух носа, а также разрешить спорные вопросы на стыке патологии ЛОР-органов и зубо-челюстной системы. У 76 (60,3%) пациентов патологии ОНП не было выявлено, искривление носовой перегородки различной степени установлено у 94 (74,6%) человек. Однако, были выявлены следующие нюансы у обследуемых пациентов: 18 – киста корня зуба с прорастанием в гайморову пазуху, 2 – остеома лобной пазухи, 3 – остеома решетчатой кости, 10 – пристеночный отек слизистой более чем в двух пазухах, 4 – полипозная дегенерация синуса, полипы в полости носа, 13 – единичная киста гайморовой пазухи в базальных отделах.

Заключение

Преимущество КЛКТ ОНП перед стандартной рентгенографией ОНП — это высокая детализация изображения, отсутствие наслоения структур, что позволяет решить спорные вопросы на стыке специальностей (оториноларингология и челюстно-лицевая хирургия). Низкая лучевая нагрузка также является преимуществом.

Контактное лицо: Головач Екатерина Николаевна, врач-оториноларинголог, к.м.н., доцент ЗАО «МедСайнс» г. Гродно, Беларусь.

E-mail: snow11101k@mail.ru

КРИОТЕРАПИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЛЕЧИМ И ПРОФИЛАКТИРУЕМ ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ С ПОМОЩЬЮ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

Горовой А.М.[1]

[1]СМ-клиника, г. Москва

Введение
Криотерапия небных миндалин представляет собой современный и эффективный метод лечения хронического тонзиллита. В последние годы наблюдается рост интереса к неинвазивным методам, что делает криотерапию актуальной темой для обсуждения на конференциях, посвященных отоларингологии.

Ключевые слова
Криотерапия, хронический тонзиллит, жидкий азот, лечение, отоларингология.

Материалы и метод
В данном исследовании мы проанализировали результаты применения криотерапии у 100 пациентов с хроническим тонзиллитом. Процедура проводилась с использованием жидкого азота в течение 30-60 секунд на каждую миндалину с использованием методики криоорошения и криоапликайии .Оценка результатов проводилась через 3, 6 и 12 месяцев после процедуры с использованием клинических и лабораторных методов.

Результаты
Полученные данные показали значительное уменьшение симптомов заболевания у 85% пациентов через 3 месяца после криотерапии. Уровень рецидивов составил менее 10% в течение года, что указывает на высокую эффективность метода. Кроме того, пациенты отмечали улучшение качества жизни и снижение частоты обострений.

Заключение
Криотерапия небных миндалин является безопасным и эффективным методом лечения хронического тонзиллита. Результаты нашего исследования подтверждают возможность использования данного метода в клинической практике для улучшения состояния пациентов и снижения числа рецидивов заболевания.

Контактное лицо: Горовой Александр Михайлович, ЛОР-врач, ЛОР-хирург, СМ-клиника, г. Москва, Россия.

E-mail: Al_gorovoy@mail.ru

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНОЙ СКУЛЬПТУРНОЙ УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С РОНХОПАТИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Князьков В.Б.[1], Жигжитов Б.А.[2]

[1] ФГБОУ «РУМ» Минздрава России, г. Москва

[2] ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва

Введение
Необходимость устранения различных факторов обструкции верхних дыхательных путей у

пациентов с ронхопатией и СОАС требует выполнения хирургической коррекции патологических изменений в полости носа, которая, по нашим данным, эффективна, в отношении исчезновения или уменьшения интенсивности храпа, примерно у 1/3 оперированных.

Ключевые слова
Ронхопатия, синдром обструктивного апноэ сна, лазерная септопластика, лазерная скульптурная увулопалатопластика.

Материалы и методы
Операции выполнялись после тщательного отбора больных для предстоящего вмешательства. Участников исследования выбирали из числа лиц, которые обратились для обследования и лечения в период с 2011 по 2020 год: включены 72 больных (51 мужчина и 21 женщина) в возрасте от 37 до 75 лет, страдающих ронхопатией и СОАС.
Всем исследуемым была выполнена лазерная скульптурная увулопалатопластика. были разделены на две однородные по возрасту и степени синдрома группы: 1-я – 36 пациентов, которым на предварительном этапе была проведена лазерная септопластика и в последующем в различные сроки увулопалатопластика и 2-я – 36 пациентов, которым выполнена сочетанная лазерная операция – септопластика + увулопалатопластика.
Анкетированный опрос как пациентов, так и лиц, ночующих с ними в одном помещении с оценкой громкости (интенсивности) храпа и качества сна, проводился до, через 6 месяцев и 1 год после лечения.
С целью подтверждения наличия и определения степени тяжести обструктивного синдрома в те же сроки осуществляли респираторный мониторинг с помощью диагностической системы «SOMNO chec micro» (Германия).

Результаты
Нами отмечено, что уменьшение интенсивности храпа и улучшение качества сна при снижении индекса апноэ/гипопноэ сна и повышении содержания оксигемоглобина в крови наблюдалось у 22 пациентов (61,1%) 1-й группы и у 24 пациентов (66,6%) 2-й группы как через 6 месяцев, так и через 1 год после проведенного лечения.

Заключение
Применение лазерной септопластики как на предварительном этапе лечения, так и в сочетании с лазерной скульптурной увулопалатопластикой после тщательного отбора к предстоящей операции повышает эффективность лечения пациентов с ронхопатией и синдромом обструктивного апноэ сна легкой и средней степени тяжести.

Контактное лицо: Князьков Владимир Борисович, младший научный сотрудник лаборатории минимально инвазивной хирургии НИИ ТЕХНОБИОМЕД НОИ медицинских технологий им. С.Н. Федорова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава РФ (РУМ), г. Москва, Россия.

E-mail: v.b.knyazkov@mail.ru

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДИССЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

***Никонов М.Ю.*[1,2]**

[1] *«Клиника уха,горла и носа», г. Москва*

[2] *«Здоровая система», г. Москва*

Введение
Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — системное прогредиентное состояние (рас-

пространенность 1:5), характеризующееся полиорганностью поражения. Сосудистый синдром при ДСТ ассоциирован с высоким риском внезапной смерти и инвалидизации в молодом возрасте вследствие диссекций и разрывов артерий. Отсутствие мультидисциплинарной настороженности ведет к поздней диагностике и фатальным цереброваскулярным осложнениям.

Ключевые слова
Дисплазия соединительной ткани, интрамуральная гематома, диссекция внутренней сонной артерии, мультидисциплинарный подход, острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и метод
Представлен клинический случай пациентки С., 45 лет, с остро развившимся нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Проведен комплексный анализ фенотипических признаков ДСТ (согласно КР РНМОТ), лабораторно-инструментальное обследование, включающее Узи и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, ЭхоКГ , Мрт головного мозга и МР-ангиографию брахиоцефальных артерий, оценка системы гемостаза и др.

Результаты
Пациентка обратилась в клинику «Здоровая система» через неделю после появления слабости в левых конечностях на фоне повышения АД до 150/80 мм рт ст. В анамнезе: гипермобильность суставов (7/9 баллов по Бейтону), миопия высокой степени, варикозная болезнь нижних конечностей, склонность к появлению спонтанных гематом. Фенотипически выявлены: килевидная деформация грудной клетки, гипермобильность суставов кистей рук, гиперрастяжимость кожи. Сумма диагностических коэффициентов ДСТ +29, что соответствует высокому риску осложнений (порог ≥23). По данным Уз-дуплексного сканирования диагностирована спонтанная диссекция (интрамуральная гематома) правой внутренней сонной артерии со стенозом до 85%, послужившая причиной ОНМК. При ЭхоКГ выявлен пролапс митрального клапана с миксоматозной дегенерацией створок и умеренной митральной регургитацией. Пациентка была госпитализирована в стационар, где на Мрт головного мозга и Мр-ангиографии БЦА был подтвержден диагноз. Через несколько дней она была переведена в сосудистый центр.
Таким образом был реализован мультидисциплинарный подход: кардиолог, врач ФД (диагностика интрамуральной гематомы, координация антиагрегантной терапии и базисной терапии ДСТ), невролог (нейропротективная и метаболическая терапия), сосудистый хирург (оценка показаний к оперативной лечению), офтальмолог (исключение отслойки сетчатки).
На фоне комбинированной терапии достигнута стабилизация состояния без повторных ишемических событий, а также полный регресс интрамуральной гематомы в правой ВСА через 3 месяца терапии.

Заключение
Данный случай демонстрирует, что ДСТ является значимым и часто недооцениваемым фактором риска спонтанной диссекции церебральных артерий у лиц среднего возраста. Только внедрение мультидисциплинарного алгоритма ведения позволяет своевременно диагностировать сосудистый синдром и профилактировать жизнеугрожающие осложнения.

Контактное лицо: Никонов Михаил Юрьевич, врач-кардиолог, врач-функциональной диагностики, врач- терапевт клиник «Клиника уха, горла и носа», «Здоровая система», г. Москва, Россия.

E-mail: mnikon@yandex.ru

МУЛЬТИЦЕНТРОВОЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ

Богданова О.Ю.[1,2], Авербух В.М.[2], Кудряшова Т.А.[2], Горожанин В.А.[2], Григорьев А.Ю.[1], Крылов В.В.[1]

[1]ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук» Минобрнауки России, г. Москва

[2]ФГБУ НМИЦО ФМБА России, г. Москва

Актуальность

Спонтанная назальная ликворея является наиболее редкой и сложной в патогенетическом аспекте и встречается в среднем в 4% случаев от всех ликворей. Из-за редкой частоты встречаемости данной патологии, усовершенствование тактики хирургического лечения пациентов со спонтанной назальной ликвореей с дефектами различной локализации по-прежнему остается крайне актуальной и мультидисциплинарной проблемой.

Цель

Оценить ранние результаты хирургического лечения пациентов со спонтанной назальной ликвореей и дефектами основания черепа различной локализации.

Материалы и методы

В анализ включены 53 пациента со спонтанной назальной ликвореей, оперированных в период с 01.01.2023 по 31.12.2025 годы на базах РЦНН, и НМИЦО ФМБА. Среди пациентов преобладали женщины - 46:7 соответственно. Средний возраст – 45 лет. У 30% пациентов был диагностирован остеопороз, 55% пациентов ранее перенесли инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, средний ИМТ – 33,1. По локализации дефекта: стенки клиновидной пазухи – 21(40%), крыша решетчатого лабиринта – 12(23%), задняя стенка лобной пазухи - 4 (7%), решетчатая пластинка решетчатой кости – 16 (30%).

В рамках предоперационной подготовки пациентам выполнена КТ околоносовых пазух и КТ-цистернография и МРТ головного мозга. В отдаленном периоде произведена оценка зоны операции с использованием видеоэндоскопического осмотра полости носа.

Результаты

Все пациенты оперированы в плановом порядке с использованием трансназального эндоскопического доступа. В зависимости от локализации дефекта основания черепа использовался либо трансэтмоидальный, либо парасептальный доступы. Во всех случаях выполнена многослойная пластика с использованием различных комбинаций ауто- и ксенотрансплантатов с использованием от 2-х до 4-х слоев. В качестве первого слоя в 80% случаев был использован синтетический материал, а для 3-4 уровней пластики – жировая ткань или муко-периостальный лоскут. У всех пациентов в послеоперационном периоде ликворея была купирована. Рецидив в раннем периоде - 3 пациентов с дефектами латерального углубления клиновидной пазухи на 3 сутки после операции.

Вывод

Таким образом, успешное лечение пациентов со спонтанной назальной ликвореей и дефектами основания черепа в настоящее время возможно с использованием эндоскопического эндоназального доступа с сохранением принципа многослойности и использованием различной комбинации ауто- и ксенотрансплантатов.

Контактное лицо: Богданова Олеся Юрьевна, научный сотрудник ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук», Минобрнауки России, г. Москва, Россия.

E-mail: Ansher-iork1@yandex.ru

ИНТРАНАЗАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СЕДАТИВНЫХ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД АНЕСТЕЗИОЛОГА, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА И СТОМАТОЛОГА

Руденко А.С.[1,2],, Казакова Э.Ю.[3], Азнауров В.Г.[4]

[1]ООО «Стоматологическая клиника «Хорошая», г. Москва

[2]ООО «Стоматологическая клиника «Президент Академия», г. Москва

[3]МЦЕМ, г. Москва

[4]Клиника уха, горла и носа, г. Москва

Введение

Одонтогенные кисты верхнечелюстной пазухи часто сопровождаются хроническим гемисинуситом, искривлением носовой перегородки и редко — компрессией подглазничного нерва. Это требует междисциплинарного подхода с участием стоматолога-хирурга и оториноларинголога. Раздельное лечение увеличивает сроки реабилитации и риск рецидивов.

Ключевые слова

Одонтогенная киста, верхнечелюстная пазуха, оро-антральное сообщение, FESS, междисциплинарный подход.

Материалы и методы

Пациентка Л., 2025 г. жалобы на заложенность носа справа, гнойные выделения, головную боль, шарообразный отек щеки. Безуспешное консервативное лечение в течение 7 лет. Выполнена КЛКТ: крупная киста правой ВПЧ, исходящая из апексов 14,15, со смещением подглазничного нервно-сосудистого пучка, гемисинусит справа, киста соустья левой ВПЧ, искривление носовой перегородки, компрессионная атрофия корня зуба 16. Проведено одномоментное вмешательство: стоматологический этап (удаление зубов 14,15,16, цистэктомия, ревизия субантрального пространства, пластика оро-антрального сообщения) с последующей госпитализацией и ЛОР-операцией в тот же день (септопластика, вазотомия, эндоскопическое вскрытие правой ВПЧ с санацией). В послеоперационном периоде назначены системные антибиотики двух групп, деконгестанты, антигистаминные, про-/пребиотики, режим с исключением физических нагрузок, наклонов головы, чихания и сморкания. Через 4 недели выполнена оценка заживления. Через 3 месяца начат первый этап костной пластики (ламинатная техника с использованием кортикальной мембраны).

Результаты

Достигнута герметичность при пластике оро-антрального дефекта, заживление проходило без осложнений. При ревизии раны повреждения подглазничного нерва удалось избежать благодаря тщательному предоперационному планированию по КЛКТ и работе с увеличением. Слизистая верхнечелюстного синуса к 4 неделям демонстрировала признаки регенерации. Пациентка информирована о многоэтапной реабилитации (3–9 месяцев), первый этап костнопластического восстановления выполнен.

Заключение

Одномоментное выполнение стоматологической и ЛОР-коррекции у пациентов с одонтогенными кистами верхнечелюстной пазухи позволяет сократить сроки лечения, снизить риски рецидивов и повреждения анатомических структур (n. infraorbitalis в данном клиническом случае). Ключевые факторы успеха — детальное предоперационное

КЛКТ-планирование, работа с увеличением и светом, а также согласованное междисциплинарное взаимодействие.

Контактное лицо: Руденко Арменуи Смбатовна, заведующий хирургическим отделением стоматологической клиники «Хорошая», г. Москва, Россия.

E-mail: Rudas2610@mail.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА АУТОТКАНЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ: ОПЫТ 20 ЛЕТ

Никитин Н.А.[1], Пискунов В.С.[2], Костин В.С.[1,2]

[1]ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница», г. Курск

[2]ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Курск

Введение

Эффективность хирургического лечения назальной ликвореи во многом определяется выбором пластического материала и техникой формирования васкуляризированных лоскутов. Несмотря на развитие эндоскопических технологий, вопросы долгосрочной состоятельности аутотканей остаются дискутабельными. Целью исследования является оценка отдаленных результатов применения различных аутотканей при эндоскопической пластике ликворных фистул и определить факторы, влияющие на их стабильность.

Материалы и методы

В период с 2003 по 2025 гг. пролечено 96 пациентов с назальной ликвореей на базе ЛОР-отделения Курской областной многопрофильной клинической больницы. Всем пациентам выполнено эндоскопическое эндоназальное закрытие ликворных фистул с использованием аутотканей. Применялись следующие виды лоскутов: слизистая оболочка перегородки носа, слизистая средней носовой раковины, слизистая оболочка бугорка носа, васкуляризированный лоскут на задней септальной артерии (с переходом на дно полости носа), различные варианты и комбинации. При наличии менингоцеле/энцефалоцеле выполнялась их биполярная коагуляция с последующей репозицией за костные края дефекта. Сроки наблюдения: 1, 3, 6 месяцев, до 10 лет.

Результаты

Рецидив ликвореи отмечен у 10 пациентов (10,4%), потребовавших повторного вмешательства. Через 3 года обследовано 32 пациента: у 7 (21,9%) выявлены атрофия и истончение перемещенных лоскутов, также отмечено, что: использование лоскута средней носовой раковины с частичным сохранением костной основы снижает выраженность атрофии, сохранение костной пластинки способствует большей стабильности объема трансплантата. В отдаленном периоде наблюдается уменьшение объема и толщины слизистых лоскутов, а так же резорбция костных структур в зоне дефекта.

Заключение

Предпочтительно формирование максимально возможного по площади васкуляризированного лоскута, критически важно сохранение питающей ножки и анатомической связи со слизистой полости носа, при использовании средней носовой раковины рекомендуется частичное сохранение костной основы, полное сохранение костного скелета раковины нежелательно из-за риска ее репозиции и рецидива ликвореи. Долгосрочная

эффективность пластики ликворных фистул определяется не только типом аутотрансплантата, но и степенью сохранения его васкуляризации и структурной поддержки. Индивидуализированный подход к выбору лоскута позволяет снизить риск рецидивов и обеспечить стабильный результат.

Контактное лицо: Никитин Никита Александрович, заведующий оториноларингологическим отделением ОБУЗ «КОМКБ», кандидат медицинских наук, главный внештатный оториноларинголог Министерства здравоохранения Курской области, г. Курск, Россия.

E-mail: nikitin_n_a@mail.ru

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ПРИ ОБЛИТЕРАЦИИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА.

Якунин С.А[1], Краховецкий Н.Н.[2]

[1]Клиника «Уха, горла и носа», г. Москва

[2]ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней им. М.М. Краснова», г. Москва

Введение

Представлен клинический случай двустороннего хронического дакриоцистита у пациента 38 лет, перенесшего токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), развившийся на фоне приема ламотриджина. Поражение кожных покровов и слизистых оболочек носило распространенный характер. Спустя несколько месяцев после перенесенного заболевания появились рецидивирующие воспалительные процессы в области слезного мешка, преимущественно слева, с формированием клинической картины хронического дакриоцистита.

Ключевые слова

Синдром Лайелла, токсический эпидермальный некролиз, хронический дакриоцистит, эндоскопическая дакриоцисториностомия.

Материалы и метод

При обследовании выявлены выраженные рубцовые изменения слизистых оболочек, приведшие к облитерации слезоотводящих путей. По данным МСКТ определялась обструкция на уровне слезного мешка справа и дакриоцистоцеле слева. В качестве метода хирургического лечения выполнена эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия с обеих сторон. После первичного вмешательства достигнута проходимость слезоотводящих путей, однако в отдаленном периоде справа развилось заращение дакриостомы на фоне выраженного рубцового процесса и формирования синехий.

Результаты

Выполнено повторное эндоскопическое вмешательство с иссечением синехий, удалением рубцовой ткани и восстановлением дакриостомы, что позволило добиться стойкой проходимости слезоотводящих путей.

Заключение

Таким образом, у пациентов после перенесенного токсического эпидермального некролиза возможно развитие стойких рубцовых изменений слезоотводящих путей с формированием хронического дакриоцистита и высоким риском рецидива после хирургического

лечения. Данная категория пациентов требует длительного динамического наблюдения, а также активной тактики ведения с профилактикой рубцевания в послеоперационном периоде.

Контактное лицо: Якунин Сергей Александрович, ведущий врач-отоларинголог, ринохирург, ООО «Клиника уха, горла и носа», г. Москва, Россия.

E-mail: yakunin1991@inbox.ru

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ КТ-ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОНП

***Азнауров В.Г.*[1,2]**

[1]Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

[2] Клиника уха, горла и носа, г. Москва

Введение

Заболевания ЛОР-органов остаются широко распространенной проблемой в России и мире. Поздняя диагностика новообразований околоносовых пазух ведет к хронизации процессов, росту размеров образований и риску злокачественных трансформаций. Актуальной задачей является совершенствование дифференциальной диагностики патологий с применением современных методов лучевой диагностики. Лучевая семиотика образований околоносовых пазух часто не имеет каких-либо специфических симптомов, что осложняет дифференциальную диагностику.

Ключевые слова

Компьютерная томография, КЛКТ, образование околоносовых пазух, полип, киста, плоскоклеточный рак.

Материалы и метод

Проведен ретроспективный анализ данных лучевого обследования 4 пациентов с патологией околоносовых пазух. Использованы методы - мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Оценивались особенности визуализации следующих патологических состояний: грибковое поражение околоносовых пазух (2 случая); плоскоклеточный рак слизистой оболочки гайморовой пазухи (1 случай); киста гайморовой пазухи на фоне хронического риносинусита (1 случай). Анализ включал сравнение диагностических возможностей МСКТ и КЛКТ в выявлении характерных признаков патологий, оценке распространенности процесса и дифференциальной диагностике.

Результаты

Выявлены характерные рентгенологические признаки для каждого типа патологии: грибковое поражение: гиперденсные включения, кальцинаты, утолщение слизистой; плоскоклеточный рак: инвазивный рост, деструкция костных стенок, мягкотканный компонент; киста: тонкостенная полость с ровными контурами, отсутствие инвазии. МСКТ продемонстрировала более высокую чувствительность в оценке костных изменений и распространенности опухолевого процесса. КЛКТ оказалась информативна для визуализации мягкотканых компонентов и оценки анатомии пазух при меньшем лучевом воздействии.

Заключение
МСКТ и КЛКТ дополняют друг друга в диагностике новообразований околоносовых пазух. Выбор метода должен основываться на клинической задаче: МСКТ предпочтительна при подозрении на злокачественный процесс, КЛКТ — для рутинной оценки анатомии и доброкачественных изменений. Пациенты с хроническим тотальным/субтотальным заполнением пазухи мягкоткаными массами требуют консультации ЛОР-врача и онколога для биопсии и верификации диагноза.

Контактное лицо: Азнауров Владимир Григорьевич, научный сотрудник отделения рентгенологии ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва, Россия, врач-рентгенолог Клиники уха, горла и носа, г. Москва, Россия.

E-mail: vaznaurov@ya.ru

ОТОТОКСИЧНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, МЕТОДЫ ЕЕ МОНИТОРИНГА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Гуненков А.В.[1], Пчеленок Е.В.[1], Лясканова Л.В.[2]

[1]ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ, г. Москва

[2]ГБУЗ Московской области «Красногорская Клиническая Больница», г. Красногорск Московская область

Введение
Потеря слуха, одно из самых распространенных заболеваний в мире и является третьей по частоте причиной инвалидности. Согласно Всемирному докладу о слухе, опубликованному Всемирной организацией здравоохранения в 2021 году, более 1,5 миллиарда человек во всем мире страдают от потери слуха, и, по оценкам, к 2050 году это число возрастет до 2,5 миллиарда. Ототоксичность — это повреждение внутреннего уха, направленное на кохлеарные и вестибулярные структуры и сенсорную функцию, из-за воздействия определенных фармацевтических препаратов, химических веществ и/или ионизирующего излучения. В данном обзоре литературы мы представили данные о потенциальных патогенетических механизмах ототоксичности лекарственных препаратов, в том числе ушных капель, и изложили современные данные о методах ее мониторинга и профилактики.

Ключевые слова
Ототоксичность, кохлеотоксичность, потеря слуха, вестибулотоксичность, факторы риска, систематический обзор, препараты, ушные капли, нейросенсорная, сенсоневральная тугоухость, лекарственно-индуцированная потеря слуха.

Материалы и методы
Поиск зарубежной и отечественной литературы проведен при помощи базы данных PubMed/MEDLINE.

Результаты
Потеря слуха вызванная ототоксичными препаратами остается актуальной проблемой.
При анализе литературных данных по теме ототоксичности лекарственных препаратов были выявлены следующие особенности.
В нескольких исследованиях указывается, что ототоксическим потенциалом обладают более 150–600 препаратов, при этом ототоксические эффекты препаратов могут пона-

чалу оставаться незамеченными. Классы препаратов, наиболее часто ассоциируемые с ототоксичностью, включают антибиотики, такие как аминогликозиды (гентамицин, канамицин и т. д.) и макролиды (азитромицин), химиотерапевтические препараты на основе платины (цисплатин), петлевые диуретики, такие как фуросемид, противомалярийные препараты, такие как хлорохин и гидроксихлорохин, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ацетилсалициловая кислота.

Симптомы, связанные с ототоксичностью, включают нейросенсорную тугоухость, шум в ушах, ощущение заложенности в ушах и головокружение. Они могут быть временными и обратимыми или постоянными, а проявляться могут постепенно, одновременно, последовательно или по отдельности. Начало и тяжесть симптомов часто зависят от дозы и имеют кумулятивный характер. Риск ототоксичности может усугубляться многими факторами, такими как сопутствующие заболевания, воспаление, повреждение почек, дефицит кислорода, возраст, воздействие шума или взаимодействие лекарственных препаратов. Многочисленные исследования подтверждают повышенную восприимчивость к ототоксичности в детском возрасте, а также у пожилых людей. Тестостерон оказывает меньшее защитное действие на кохлеарные клетки по сравнению с эстрогеном, что может объяснить повышенную предрасположенность мужчин к ототоксичности.

Молекулярные механизмы, с помощью которых ототоксичные препараты пересекают ГЛБ, остаются неизвестными, и различные ототоксичные препараты, вероятно, используют разные пути, например, противоопухолевый препарат цисплатин, вероятно, использует транспортеры OCT2 (переносчик органических катионов 2) и CTR1 (переносчик меди 1), в то время как аминогликозидные антибиотики могут использовать каналы TRPV1 (каналы с транзиторным рецепторным потенциалом V1) и TRPV4 (каналы с транзиторным рецепторным потенциалом V4).

Попадая в эндолимфу, ототоксические препараты обычно проникают в волосковые клетки, оказывая цитотоксическое действие. Аминогликозидные антибиотики, используемые в ототопических средствах, обладают ототоксическим потенциалом. Случаи ототоксичности зарегистрированы относительно редко, но потенциал серьезных осложнений существует. Субклинические односторонние вестибулярные нарушения часто остаются незамеченными. Основными препятствиями для мониторинга ототоксичности, выявленными в литературе, являются непоследовательные направления к специалистам, ограниченность ресурсов, низкая осведомленность о мониторинге ототоксичности и факторы, связанные с пациентом. При предполагаемом длительном лечении аминогликозидными антибиотиками, например у пациентов с муковисцидозом, рекомендуется проводить диагностику на определение генетических маркеров АГ-индуцированной ототоксичности. Использование препаратов, снижающих риск ототоксичности совместно с причинными, является важным шагом в достижении кохлео- и вестибулопротекции.

Заключение

Лечащим врачам необходимо соблюдать осторожность при назначении ототоксичных препаратов, особенно у пациентов с ранее существующим дефицитом слуха, своевременно диагностировать снижение слуха на фоне лечения с последующей его коррекцией, стараться минимизировать использование определенных комбинаций ототоксических препаратов. Необходимо дальнейшее изучение механизмов ототоксичности, усиление мониторинга, междисциплинарный подход к проблеме, коллегиальный поиск защитных и смягчающих мер.

Контактное лицо: Лясканова Лада Вячеславовна, врач-оториноларинголог Клиники уха, горла и носа, г. Москва, ГБУЗ Московской области «Красногорская клиническая больница», Московская обл., г. Красногорск, Россия.

E-mail: ladaliaskanova@gmail.com

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Абдуллаев А.Г.[1], Морозов И.И.[1,2], Горбунова Н.В.[2], Широкая А.В.[2]

[1] Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва

[2] ФКУЗ Главный клинический госпиталь МВД России, г. Москва

Введение

Отосклероз – это специфическое невоспалительное заболевание височной кости, патологическим признаком которого является поражение костной капсулы лабиринта. Распространенность данной патологии в популяции составляет около 1%. В зависимости от локализация отосклеротических очагов выделяют фенестральную, кохлеарную и смешанную форму отосклероза. Основными клиническими проявлениями является постепенная прогрессирующая потеря слуха, появление и нарастание субъективного ушного шума и в редких случаях вестибулярная симптоматика. Наличие у пациента вышеописанных симптомов достоверно снижает качество жизни пациентов.

Основным критерием эффективности первичной стапедопластики является уменьшение костно-воздушного интервала по данным тональной аудиометрии до 10 дБ и менее и субъективное уменьшение клинических проявлений. Поскольку объективных методов оценки эффективности операции не существует, дальнейшее развитие методик субъективной оценки результата операции и его влияние на качество жизни пациента позволило бы внести новые критерии эффективности тех или иных методик операции. Одним из таких способов является внедрение опросников.

Активно используемая в различных направлениях медицины анкета SF-36 не нашла широкого распространения в отиатрии из-за невысокой специфичности в отношении симптомов, характерных для патологии уха, и, как правило, используется в сочетании с оценкой клинических проявлений. Комбинация нескольких диагностических анкет и тестов не только накладывает на врача и пациента дополнительную нагрузку, но и затрудняет сравнение результатов исследований в различных учреждениях.

Одним из решений данной проблемы является активное использование и широкое распространение в практике уже существующих специфических для отосклероза опросников, которые объединяются оценку симптомов заболевания и качество жизни пациентов. Одним из них является немецкий SPOT-25 (Stapesplasty Outcome Test 25), который был переведен и адаптирован для русскоязычных пациентов.

Ключевые слова

Отосклероз, стапедопластика, качество жизни, SPOT-25.

Материалы и метод

42 пациентам с фенестральной и смешанной формой отосклероза выполнялась первичная поршневая стапедопластика с установкой титанового протеза к пистон. Критерии исключения пациентов из исследования: ревизионная операция на ранее оперированном ухе, стапедопластика на втором ухе, наличие сопутствующей патологии, которая может приводить к развитию кондуктивной тугоухости. Проводилось стандартное оториноларингологическое обследование, сбор жалоб, анамнеза заболевания, клинико-лабораторное обследование, тональная пороговая аудиометрия, анкетирование spot-25. Контрольные сроки после операции составляли 10 сутки, 3 и 6 месяцев.

Результаты

Среднее значение костно-воздушного интервала до операции 24,0±9,9 дБ, на 10 сутки отмечалось сокращение КВИ до 14,0±10,2 дБ ($p \leq 0,05$), достоверное сокращение КВИ

отмечено к 6 месяцу после операции - 10,4±8,0 дБ (p≤0,01). Результаты исследования воздушной проводимости до операции составил 52,4±12,5 дБ, достоверное улучшение показателей воздушной проводимости было отмечено к 6-му месяцу после операции 32,5±13,6 дБ (p≤0,05). Значительных изменений костной проводимости до операции, через 10 суток и 6 месяцев не отмечено, показатели составляли соответственно 28,4±11,2 дБ, 26,4±11,6 дБ, 22,1±10,8 дБ. Результаты анкетирования SPOT-25 до операции составил 52,2±9,2 баллов на 10 сутки после операции 35,2±12,9 баллов (p≤0,05), через 6 месяцев достоверное улучшение до 35,2±12,9 баллов (p≤0,05).

Заключение
Использование опросника SPOT-25 до и после первичной стапедопластики – это простая и доступная методика регистрации изменений в качестве жизни пациентов, которая в совокупности с данным тональной пороговой аудиометрии может быть эффективным средством оценки результатов операции.

Контактное лицо: Абдуллаев Абсалутин Гафарович, аспирант кафедры оториноларингологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва, Россия.

E-mail: absaludin.abdullaev@mail.ru

ПЕРФОРАЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЛОР-ПРАКТИКЕ

Масленникова А.В.[1], Кандрашина А.А.[1]

[1]ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Университетская клиника, Клинический центр «Стоматологический комплекс», г. Москва

Введение
Перфорация перегородки носа является актуальной проблемой современной оториноларингологии. В последние годы отмечается рост числа обращений пациентов с данной патологией различной этиологии, однако точная статистика затруднена. Основными причинами формирования перфораций являются ятрогенные, травматические, аутоиммунные, неопластические и идиопатические факторы. Наиболее распространенной причиной остается ятрогенное повреждение.

Ключевые слова
Перфорация перегородки носа, ятрогенные осложнения, пластика перегородки носа, эндоскопия, ЛОР-хирургия.

Материалы и методы
На базе ЛОР-отделения Университетской клиники ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава РФ КЦ «Стоматологический комплекс» в период с 2020 по 2026 г. обследовано и пролечено 87 пациентов с перфорацией перегородки носа. Всем пациентам проводили эндоскопическое обследование полости носа. Хирургическое лечение выполняли методом пластики перфорации перемещенными лоскутами. В предоперационном периоде проводили консервативную терапию, направленную на улучшение состояния слизистой оболочки полости носа. После операции назначалась системная антибактериальная терапия, профилактика тромбоза аутотрансплантата, местная медикаментозная терапия и препарат Суперлимф для ускорения процессов регенерации.

Результаты
Основными жалобами пациентов были свист при носовом дыхании, сухость в носу, образование корок и носовые кровотечения. У 6 пациентов заболевание протекало бессимптомно. Наиболее часто перфорации локализовались в передних отделах перегородки носа, размеры дефектов варьировали от 0,3 мм до 2,5 см. У 46 пациентов в анамнезе имелись операции по коррекции анатомии полости носа, у 33 выявлено идиопатическое происхождение патологии, у 8 — перенесенные ортогнатические операции. В отдаленном послеоперационном периоде у 2 пациентов с гигантскими перфорациями сохранялся дефект до 1,5 см.

Заключение
Перфорация перегородки носа остается распространенной патологией с преобладанием ятрогенной этиологии. Применение пластики перемещенными лоскутами в сочетании с комплексной пред- и послеоперационной терапией демонстрирует высокую эффективность хирургического лечения и позволяет добиться стойкого закрытия дефекта у большинства пациентов.

Контактное лицо:

Email: vucheticha9a@mail.ru

ПОЗИЦИОННЫЙ НИСТАГМ НЕ ПЛОСКОСТИ КАНАЛА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОМ ПОЗИЦИОННОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ

***Веселаго О.В.*[1]**

[1]ФГБНУ «РЦНН», г. Москва

Ключевым моментом диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) является наблюдение характерного позиционного нистагма в диагностических тестах Dix-Hallpike и McClure-Pagnini (Ролл тест).
В классическом варианте позиционный нистагм возникает в результате специфической реакции в ответ на вращение головы в плоскости пораженного канала и в направлении, ожидаемом в зависимости от возбуждения или торможения ампулярного рецептора. Так в тесте ДХ, который используется для диагностики ДППГ заднего канала должен наблюдаться вертикальный нистагм с ротаторным компонентом в сторону нижележащего уха, а в Ролл тесте – горизонтальный нистагм. Последний может быть геотропным в случае каналолитиаза или апогеотропным в случае купулолитиаза.
В некоторых случаях интерпретация позиционного нистагма может быть затруднена. Так в тесте ДХ можно наблюдать горизонтальный нистагм, характерный для ДППГ горизонтального канала, и, наоборот, в Ролл тесте мы можем наблюдать вертикальный нистагм, характерный для ДППГ заднего канала. Частота встречаемости и клиническое значение данного явления не изучены, хотя чаще всего данный феномен толкуется, как проявление центрального позиционного головокружения.
Целью нашего исследования было определение частоты встречаемости и клинической значимости позиционного нистагма, возникающего не в плоскости исследуемого канала в пробе ДХ и Ролл тесте.
В исследование вошли 3861 пациента с диагнозом ДППГ заднего и горизонтального каналов, обратившихся в РЦНН в период с января 2021 г по январь 2026. Всем пациентам проводился двусторонний тест ДХ и Ролл тест. Нистагм не в плоскости канала при проведении диагностических тестов отмечался у 1428 (36,9%) пациентов. Из них у 1027 (71,9%) при проведении теста ДХ и у 401 (28,1%) при проведении Ролл теста.

Проведенный анализ показал, что только у 83 (5,8%) пациентов нистагм не в плоскости канала был обусловлен центральным позиционным головокружением, остальным был выставлен диагноз ДППГ.
Скорее всего, подобная относительно высокая частота встречаемости позиционного нистагма в диагностических тестах связана с анатомическими особенностями строения полукружных каналов.

Контактное лицо: Веселаго Ольга Викторовна, оториноларинголог,кмн, ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук» г. Москва, Россия.

E-mail: grutas2007@yandex.ru

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕБНОЙ АУГМЕНТАЦИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

***Бадикова Н.С.*[1,2]**

[1]Клиника «Промед», г. Москва

[2]ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Введение
Филлеры на основе гиалуроновой и полимолочной кислот популярны в эстетической медицине и применяются для коррекции возрастных изменений, гармонизации облика и восполнения недостающих объемов с целью решения различных медицинских задач.

Ключевые слова
Гиалуроновая кислота, полимолочная кислота, филлеры, интимная эстетика, коррекция возрастных изменений.

Материалы и методы
Проведен анализ литературных данных и клинического опыта применения филлеров на основе гиалуроновой и полимолочной кислот в эстетической медицине. Рассмотрены основные механизмы действия и спектр решаемых задач.

Результаты
Гиалуроновая кислота является одним из важнейших компонентов организма, обеспечивает упругость и эластичность кожи и тканей, увлажняет и питает клетки. Её введение улучшает структуру тканей, уменьшает выраженность морщин, повышает тургор и создает волюмизирующий эффект. Тема эстетики интимной области с каждым годом становится всё более популярной и востребованной благодаря развитию малоинвазивных методик.

Заключение
Применение филлеров на основе гиалуроновой и полимолочной кислот является перспективным направлением эстетической медицины, особенно в области интимной эстетики. Дальнейшие исследования и накопление клинического опыта позволят расширить показания и улучшить результаты процедур.

Контактное лицо: Бадикова Наталья Сергеевна, кандидат медицинских наук, медицинский директор ООО «Клиника УГН», главный врач ООО «Промед», доцент кафедры акушерства и гинекологии 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Москва, Россия.

E-mail: natalya-badikova@yandex.ru

РАННЯЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕКТРОСКОПИИ КОМБИНАЦИОННОГО РАССЕЯНИЯ СВЕТА И ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ

***Тимурзиева А.Б.*[1,2]**

[1]ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва

[2]ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Введение

На сегодняшний день разработка методов ранней неинвазивной диагностики заболеваний ЛОР-органов относится к одной из важнейших стратегических задач системы здравоохранения. С данной целью была рассмотрена возможность использования спектроскопии комбинационного рассеяния света для идентификации патологии ЛОР-органов.

Ключевые слова

Спектроскопия комбинационного рассеяния света, флюоресценция, ранняя неинвазивная диагностика патологии ЛОР-органов.

Материалы и метод

В ходе исследования использовался аппаратно-программный комплекс, функционирующий на длинах волн: 532 нм, 785 нм, 1064 нм. Исследовались группы пациентов со следующими видами патологии ЛОР-органов: плоскоклеточная карцинома носоглотки (N=114), плоскоклеточная карцинома гортани (N=122), плоскоклеточная карцинома небных миндалин (N=126), аденоидные вегетации (N=142), хронический тонзиллит (N=246), лимфома носоглотки и околоносовых пазух (N=116), хронический риносинусит с формированием и без формирования полипозной ткани (N=254 и N=248, соответственно), плеоморфная аденома гортани (N=106), хронический средний отит с формированием и без формирования холестеатомы (N=102 и N=118, соответственно), акустическая невринома (N=103), гломусная опухоль среднего уха (N=109), адгезивный отит (N=117).

Результаты

Были получены спектральные и метаболомные характеристики тканей ЛОР-органов при воспалительном и опухолевом процессе. Разработаны алгоритмы ранней неинвазивной диагностики заболеваний ЛОР-органов с использованием спектроскопии комбинационного рассеяния света и флюоресценции.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о высоких уровнях точности, специфичности, чувствительности метода спектроскопии комбинационного рассеяния света и флюоресценции в ранней неинвазивной экспресс-диагностике воспалительных и опухолевых заболеваний ЛОР-органов.

Контактное лицо: Тимурзиева Алина Борисовна, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», доцент кафедры оториноларингологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Россия.

E-mail: alinko9977z@mail.ru

РЕДКИЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ШЕИ С УГРОЗОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Богомолов Д.А.[1], Азнауров В.Г.

[1]Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение
Лучевая диагностика редких объемных образований шеи, вызывающих обструкцию верхних дыхательных путей, представляет собой сложную мультидисциплинарную задачу. Внешне сходные клинические проявления могут маскировать патологические процессы различной природы, что диктует необходимость точной предоперационной визуализации для выбора адекватной хирургической тактики и предотвращения жизнеугрожающих осложнений.

Ключевые слова
Компьютерная томография, объемные образования шеи, ангиоматоз, каротидная параганглиома, обструкция дыхательных путей.

Материал и методы
Проанализированы данные комплексного клинико-рентгенологического обследования и хирургического лечения пациентов с редкими объемными образованиями области шеи. Представлены три клинических наблюдения: пациент с массивным венозно-кавернозным ангиоматозом лица и шеи, пациент с распространенным плоскоклеточным раком гортаноглотки и пациент с крупной каротидной хемодектомой (параганглиомой). Всем пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным болюсным контрастированием.

Результаты
В первом наблюдении по данным МСКТ-ангиографии верифицировано массивное поражение мягких тканей лица и шеи, представленное расширенными венозными стволами с кальцинатами, проникающими в полость глазницы и вызывающими деформацию глотки. Во втором случае выявлено инфильтративное новообразование гортаноглотки с генерализованной лимфаденопатией и метастатическим поражением легких, что повлияло на тактику лечения. В третьем наблюдении визуализировано крупное (до 7 см) гиперваскулярное образование, муфтообразно охватывающее общую сонную артерию с компрессией яремных вен и распространением в парафарингеальное пространство. Во всех случаях МСКТ позволила не только установить точный диагноз до этапа биопсии, но и оценить критически важные параметры: степень сужения дыхательных путей, вовлечение магистральных сосудов и костных структур.

Заключение
Комплексная лучевая диагностика с применением МСКТ-ангиографии является обязательным этапом маршрутизации пациентов с объемными образованиями головы и шеи. Точная оценка сосудистой архитектоники и распространенности патологического процесса позволяет предотвратить жизнеугрожающие осложнения при инвазивных манипуляциях, прогнозировать сложности интубации и планировать оптимальный объем хирургического вмешательства.

Контактное лицо: Богомолов Данила Андреевич, врач-ординатор отделения рентгенологии ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва, Россия.

E-mail: danbogo100@mail.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, КАК ПРОЯВЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

RESULTS OF THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO TREATMENT MAXILLARY SINUS GOUT, AS A MANIFESTATION OF A SPECIFIC INFLAMMATORY PROCESS OF THE PARANASAL SINUSES CLINICAL CASE

Юрченко Н.Н. Yurchenko N.N.[1]

[1]ФГБУ Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий ФМБА РФ, г. Москва

По клиническим рекомендациям 2025 года пересмотра, подагра-системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами. По имеющимся данным в электронной библиотеке Pabmed, в диагностике подагры значимое место отводится атипичным формам подагры, как первого признака проявления специфического воспалительного процесса. Со стороны лор органов: это подагрические тофусы ушной раковины и среднего уха, гортани и наружного носа. Важное значение в развитии заболевания уделяется факторам риска: наличие повышение артериального давления, прием мочегонных препаратов, хроническая болезнь почек. Из нашей клинической практики за текущий год зафиксированы атипичные формы подагрических тофусов верхнечелюстной пазухи. При анализе опубликованных научных работ не представлено публикаций с освещением атипичных форм подагры данной локализации, а также алгоритмов и результатов их лечения.

Клинический случай №

Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на заложенность носа, запах из носа, асимметрию лица, беспокоящие с 2020 года. В анамнезе рецидивирующий синусит с упорными обострениями и прогрессирующим течением. В анамнезе гайморотомия слева с пластикой передней стенки ВЧП слева от 2010 года, цистогайморотомия слева с остеоринопластическим компонентом от 2015 года. Пациент дообследован. По результатам КТ ППН: снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи слева в виде циркулярного отека слизистой и образования неоднородной структуры до 1см в диаметре, дефект передней стенки ВЧП слева, послеоперационный дефект латеральной стенки полости носа слева. (Рис. 1а,б) При эндоскопии полости носа визуализируется плюс ткань в области нижнего полюса ВЧП серого цвета, плотной консистенции, через сформированный послеоперационный дефект латеральной стенки полости носа в нижнем носовом ходу (Рис. 1в).

1а)

1б)

1в)

1г)

Рис. 1а,б). КТ придаточных пазух носа 1в) Эндоскопическая картина полости носа 1г) Контрольное КТ придаточных пазух носа после лечения междисциплинарным подходом

Выполнена эндоскопическая ревизионная синусотомия слева с удалением новообразования верхнечелюстной пазухи. По результату гистологического исследования: включения кристаллов мочевой кислоты и кальция с очаговыми перифокальными кровоизлияниями различной давности. Подагрические тофусы. Выявлено повышение уровня мочевой кислоты крови (426 мкмоль/л). Пациент консультирован эндокринологом. Заключение:нарушение пуринового обмена: гиперурикэмия. В послеоперационном периоде назначена системная терапия препаратом денурик 80 мг в течение 6 месяцев со значительным положительным эффектом в виде отсутствия рецидивирования воспалительного процесса по КТ и клинически (Рис. 1г).

Клинический случай №2

Пациент, 74 года, поступил с жалобами на затруднение дыхания через нос,головные боли в течение 10 лет. Пациент имеет гипертоническую болезнь, принимает диуретики.При дообследовании По КТ ППН: снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи справа субтотально с образованием повышенной плотности до 0.5 см в диаметре с неоднородной структурой (рис. 2а).

2а)

2б)

Рис. 2а). КТ придаточных пазух носа 2б) Материал из верхнечелюстной пазухи

Выполнена эндоскопическая синусотомия справа с удалением содержимого пазухи в виде бурых масс различной плотности и инородного тела (Рис.2б). По результату гистологического исследования:материал с частичной эпителизацией и полиморфноклеточной инфильтрацией, плотно упакованные бесклеточные массы с кровоизлияниями различной давности с микрокальцинатами и множественными кристаллами мочевой кислоты. Подагрические тофусы. Повышение уровня мочевой кислоты крови не выявлено. Пациент консультирован эндокринологом. Заключение: нарушение пуринового обмена. Назначена терапия с положительным клиническим эффектом. Пациент находится под наблюдением.

На основании представленных данных можно сделать вывод о важности своевременной верификации специфических воспалительных заболеваний, клинически схожих с проявлениями неспецифического воспалительного процесса лор органов, и ведущую роль в лечении пациентов играет мультидисциплинарный подход.

Контактное лицо: Юрченко Наталья Николаевна, г. Москва, Россия.

Email: yurchenko-kb119@yandex.ru

РОЛЬ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА В ФОРМИРОВАНИИ СЕНСОМОТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОЛОСТИ РТА, НОСА И УХА: ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

***Морозова А.Г.*[1]**

[1]ООО «СКВН», г. Москва

Ключевые слова
Аномалии прикуса, ротовое дыхание, сенсомоторные нарушения, ЛОР-патология, дисфункция слуховой трубы, орофациальная дисфункция, ортодонтия, междисциплинарный подход.

Актуальность
Зубочелюстные аномалии и заболевания ЛОР-органов относятся к наиболее распространенным патологиям детского возраста и часто сочетаются между собой. Полость рта, носоглотка и среднее ухо представляют единую анатомо-функциональную систему, в которой нарушение одной функции способно приводить к развитию комплексных морфологических и функциональных изменений.

Цель
Анализ современных представлений о взаимосвязи зубочелюстных аномалий и патологии ЛОР-органов, а также роли сенсомоторных нарушений в формировании сочетанной патологии.

Материалы и методы
Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной распространенности зубочелюстных аномалий и заболеваний ЛОР-органов, влиянию ротового дыхания, нарушений функции языка и миофункциональных расстройств на развитие челюстно-лицевой области. Рассмотрены данные о взаимосвязи обструкции верхних дыхательных путей, дисфункции слуховой трубы и аномалий прикуса. Результаты. По данным литературы, распространенность зубочелюстных аномалий у детей в России достигает 65–89%. Установлено, что нарушение носового дыхания и ротовое дыхание способствуют формированию узкой верхней челюсти, высокого неба и аномалий окклюзии. Изменение положения языка, инфантильное глотание и гипотония губ поддерживают патологическое развитие зубочелюстной системы. Сужение верхней челюсти сопровождается уменьшением объема полости носа и может способствовать нарушению функции слуховой трубы. Сенсомоторные нарушения рассматриваются как важное патогенетическое звено, объединяющее ортодонтическую и ЛОР-патологию.

Заключение
Зубочелюстные аномалии и заболевания ЛОР-органов имеют тесную анатомо-функциональную взаимосвязь и нередко формируются в рамках единого патологического процесса. Ранняя диагностика нарушений дыхания, глотания и функции языка, а также междисциплинарное взаимодействие ортодонта и оториноларинголога позволяют повысить эффективность профилактики и лечения пациентов детского возраста.

Контактное лицо: Морозова Александра Геннадьевна, врач ортодонт ООО «Стоматологической клиники Владимира Новикова» (ООО «СКВН»), г. Москва, Россия.

E-mail: S89251741217@yandex.ru

РОЛЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

***Азизова П.Э.*[1]**

[1]Кафедра оториноларингологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджан

Введение

Хронический риносинусит (ХРС) представляет собой воспалительное заболевание полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся персистирующими симптомами длительностью более 12 недель и сопровождающееся существенным снижением качества жизни пациентов. Патогенез данного заболевания является многофакторным и включает инфекционные агенты (бактериальные и вирусные), повреждение эпителиального барьера, иммунологические нарушения, изменения микробиоты. В последние годы особый интерес вызывают антимикробные пептиды (АМП), которые выполняют не только защитную функцию, но и участвуют в регуляции иммунного ответа, играя важную роль в поддержании гомеостаза слизистой оболочки.

Ключевые слова

Хронический риносинусит, дефензин, кателицидин, кальпротектин, липокалин-2.

Цель исследования

Оценить уровни антимикробных пептидов в сыворотке крови у пациентов с хроническим риносинуситом.

Материалы и методы

В исследование были включены 80 пациентов с хроническим риносинуситом в возрасте от 23 до 75 лет (M=56,8±2,4). Уровни антимикробных пептидов определялись в сыворотке крови. В зависимости от клинической формы заболевания пациенты были разделены на две группы: I группа — 48 пациентов с неполипозным ХРС, II группа — 32 пациента с полипозным ХРС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (22–67 лет). Концентрации АМП определялись методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS 26 с применением непараметрического критерия Манна–Уитни для межгруппового сравнения.

Результаты

Анализ показал, что в I группе преобладали пациенты с нейтрофильным типом воспаления (n=36), тогда как эозинофильный тип отмечался у 12 пациентов; во II группе соответственно — 14 и 18 пациентов. У больных I группы с нейтрофильным типом воспаления уровень дефензина в сыворотке демонстрировал тенденцию к повышению на 16,8% ($p=0,068$), тогда как при эозинофильном варианте отмечалось его значительное снижение — в 2,0 раза ($p<0,001$) по сравнению с контролем. Во II группе у пациентов с нейтрофильным типом воспаления концентрация дефензина увеличивалась на 34,9% ($p=0,012$), тогда как при эозинофильном типе наблюдалось выраженное снижение — в 2,7 раза ($p<0,001$). Уровень кателицидина в I группе имел тенденцию к повышению у нейтрофильных пациентов на 15,8% ($p=0,056$), но снижался на 30,1% ($p=0,025$) при эозинофильном типе воспаления. Во II группе отмечалось снижение данного показателя как при нейтрофильном (на 23,4%; $p=0,016$), так и при эозинофильном типе (на 84,6%; $p<0,001$). В то же время концентрации калпротектина, липокалина-2 и BPI в сыворотке крови увеличивались в обеих группах. У пациентов I группы с нейтрофильным типом воспаления уровень кальпротектина возрастал в 2,5 раза ($p<0,001$), липокалина-2 — на 31,0% ($p=0,034$), а BPI — на

49,7% (p<0,001). При эозинофильном типе воспаления в этой группе отмечалось увеличение кальпротектина на 31,0% (p<0,001), тогда как липокалин-2 и BPI демонстрировали лишь тенденцию к росту — на 18,7% (p=0,062) и 17,8% (p=0,106) соответственно.

Заключение
Снижение экспрессии антимикробных пептидов может способствовать усилению бактериальной колонизации и прогрессированию воспалительного процесса, тогда как избыточная экспрессия ассоциирована с нарушением иммунного гомеостаза. Таким образом, антимикробные пептиды могут рассматриваться в качестве перспективных биомаркеров и потенциальных терапевтических мишеней при хроническом риносинусите.

Контактное лицо: Азизова Пярвин Эльшад, докторант кафедры оториноларингологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджан.

E-mail: drpervin9@gmail.com

РОЛЬ ФОНОПЕДИИ И ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ ГОЛОСОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Курбанова Д.И.[1], Романенко С.Г.[1], Павлихин О.Г.[1], Савватеева Н.В.[1], Лесогорова Е.В.[1]

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва

Фонопедия является основным, а в ряде случаев единственным методом лечения функциональных расстройств голоса. Систематические фонопедические занятия позволяют восстановить звучность голоса, укрепить силу и выносливость голосового аппарата, а также нормализовать дыхательную и глотательную функции. Ключевыми задачами фонопеда выступают коррекция функциональных дисфоний, восстановление голоса после операций на гортани, психологическая поддержка пациента (включающая объяснение механизмов нарушения, постановку реалистичных целей и контроль выполнения упражнений), а также обучение гигиене голоса и модификации образа жизни — в первую очередь режиму голосовых нагрузок и техникам релаксации.
В реабилитации голоса принципиально важно взаимодействие фониатра и фонопеда с четким разделением ролей: врач отвечает за диагностику, лечение и динамический осмотр, тогда как фонопед подбирает и проводит упражнения. Показаниями к фонопедическим занятиям служат функциональные дисфонии, парезы и параличи гортани, узелки голосовых складок, состояния после удаления доброкачественных образований (полипов, папиллом, ХОПЛ), а также реабилитация после ларингоэктомии и хордэктомии. Противопоказаниями являются острые воспалительные заболевания гортани, обострение сопутствующей патологии и плохое общее самочувствие пациента.
Среди практических проблем, осложняющих восстановление голоса, выделяются отсутствие специалистов в регионах (когда пациент получает случайные упражнения из интернета, что может ухудшить состояние), неверный диагноз и неправильная маршрутизация, а также низкая мотивация пациента. Решениями служат индивидуальный подбор программы с контролем выполнения и своевременным усложнением, обучение врачей дифференциальной диагностике и демонстрация пациенту успешных клинических случаев с постановкой реалистичных целей.
При одностороннем парезе или параличе гортани успех фонопедии напрямую зависит от положения парализованной голосовой складки относительно средней линии и сроков начала занятий. Перспектива восстановления оценивается как значительное улучшение

или полное восстановление голоса даже при сохранении диагноза; при неэффективности показана инъекционная ларингопластика. При двусторонних парезах и параличах на первом этапе применяются только дыхательные упражнения, и лишь при появлении подвижности хотя бы одной складки добавляются голосовые упражнения. В этом случае прогноз чаще благоприятный при раннем начале занятий, однако при отсутствии эффекта рекомендуется хирургическое лечение — латерализация или хордэктомия.
При гипотонусной дисфонии восстановление голоса зависит от общего состояния организма, телосложения (чаще страдают астеники), психоэмоционального фона, соблюдения режима сна и бодрствования, питьевого режима и характера голосовых нагрузок. Прогноз, как правило, благоприятный, пациентам рекомендуются ежедневные поддерживающие занятия. При гипертонусной и гипо-гипертонусной дисфониях на первом этапе показаны расслабляющие дыхательные техники, а при гипертонусе обязателен голосовой покой.
У пациентов с узелками голосовых складок успех фонопедии зависит от комплаентности и готовности менять закрепленные патологические речевые паттерны. В большинстве случаев отмечается значительное уменьшение узелков в размере или их полная редукция; хирургическое удаление требуется редко и только после полноценного курса фонопедии.
После хордэктомии или резекции голосовой складки часто формируется компенсаторная ложно-складковая фонация. Полноценного звучного голоса добиться трудно, однако пациенты приобретают возможность четко и уверенно говорить в спокойной обстановке, отвечать на телефонные звонки и выполнять основные коммуникативные действия.
Таким образом, ключевыми практическими факторами успешного восстановления голоса выступают своевременность начала занятий, их регулярность и систематичность, индивидуальный подход с учетом диагноза, психотипа и физических особенностей пациента, обязательный контроль выполнения с поэтапным усложнением, а также высокая комплаентность пациента и слаженная работа триады «пациент — фониатр — фонопед». Фонопедия является высокоэффективным методом реабилитации голосовой функции, позволяющим добиться значительного улучшения даже при сохранении органического дефекта — за исключением спастической дисфонии, где ее возможности остаются ограниченными.

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДНЕГО УХА КАК РЕДКАЯ ЭТИОЛОГИЯ ОТИТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Джатто М.К.[1], Лобеева А.А.[1], Старосветский А.Б.[1], Оганесян Т.С.[1]

[1]ООО «Клиника Уха, Горла и Носа» г. Москва

Введение
Туберкулез среднего уха является редкой формой внелегочного туберкулеза и встречается значительно реже других воспалительных заболеваний среднего уха. В клинической практике оториноларинголога данная патология представляет диагностические трудности, поскольку ее проявления часто неспецифичны и могут имитировать картину обычного воспалительного процесса среднего уха. Заболевание может проявляться болевым синдромом, выделениями из уха и снижением слуха различной степени выраженности. В ряде случаев специфическая природа процесса устанавливается только после проведения дополнительных лабораторных исследований. В связи с этим своевременное распознавание туберкулезного поражения среднего уха имеет важное значение для раннего начала специфической терапии и профилактики прогрессирования слуховых нарушений.

Цель
Представить клинический случай Туберкулеза среднего уха у пациента с признаками острого воспалительного процесса среднего уха и снижением слуха, а также рассмотреть особенности клинического течения заболевания и диагностического поиска.

Материалы и методы
Проведен анализ клинического наблюдения пациента 40 лет, обратившегося с жалобами на боль в ухе и снижение слуха. Пациенту выполнены оториноларингологический осмотр и отоскопия. Для уточнения характера поражения среднего уха проведена компьютерная томография височных костей. В рамках диагностического поиска применены лабораторные методы исследования, включая полимеразную цепную реакцию (ПЦР) на микобактерии туберкулеза. Полученные клинические и инструментальные данные были проанализированы с целью определения характера патологического процесса.

Результаты
При клиническом обследовании выявлены признаки воспалительного процесса среднего уха, сопровождавшиеся снижением слуха. По данным компьютерной томографии определялось затемнение ячеек сосцевидного отростка височной кости, что свидетельствовало о вовлечении структур среднего уха в патологический процесс. Учитывая особенности клинического течения заболевания и недостаточную эффективность стандартной противовоспалительной терапии, было проведено дополнительное лабораторное обследование. В результате исследования методом ПЦР обнаружена ДНК микобактерий туберкулеза, что позволило установить диагноз: «Туберкулез среднего уха». Представленный случай демонстрирует особенности течения данного заболевания и необходимость расширенного диагностического поиска при атипичном течении воспалительных процессов среднего уха.

Выводы
Туберкулез среднего уха является редкой, но клинически значимой причиной тугоухости и может проявляться симптомами, характерными для воспалительных заболеваний среднего уха. Представленный клинический случай подчеркивает важность внимательного анализа клинического течения заболевания и применения современных лабораторных методов диагностики, включая ПЦР, при подозрении на специфическое поражение среднего уха. Ранняя диагностика данной патологии позволяет своевременно назначить специфическую терапию и предотвратить дальнейшее прогрессирование слуховых нарушений.

Контактное лицо: Джатто Мари Кямаловна, врач оториноларинголог, ООО «Клиника Уха, Горла и Носа» г. Москва, Россия.

E-mail: Mari.Dzhatto@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛЛАПСА НОСОВОГО КЛАПАНА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ВЫБОР ТАКТИКИ КОРРЕКЦИИ

Галкин А.В.[1], Джатто М.К.[1], Оганесян Т.С.[1]

[1]ООО «Клиника Уха, Горла и Носа» г. Москва

Введение
Коллапс носового клапана является одной из значимых причин хронической назальной обструкции и нередко остается недооцененным в клинической практике. Внутренний и наружный носовой клапан играют ключевую роль в регуляции воздушного потока.
Этиология коллапса может быть врожденной, посттравматической или ятрогенной, в том числе после ранее выполненных ринохирургических вмешательств. Несмотря на разно-

образие хирургических методик, выбор оптимальной тактики остается дискутабельным и требует индивидуального подхода.

Цель

Оценить эффективность различных хирургических методов коррекции коллапса носового клапана и определить показания к их применению на основании клинического опыта и данных литературы.

Материалы и методы

Проведен анализ клинических наблюдений пациентов с коллапсом внутреннего и наружного носового клапана, находившихся на лечении у автора.

В зависимости от анатомических особенностей и выраженности клапанной недостаточности применялись следующие методы хирургической коррекции:

- реконструкция клапана с использованием аутохрящевых графтов из перегородки носа, реберного и ушного хряща (spreader grafts, alar batten grafts);
- Расширение зоны клапана носа с применением титановых микропластин;
- нитевые методы коррекции.

Оценка результатов включала анализ субъективных жалоб, эндоскопической картины и функционального состояния носового дыхания.

Результаты

Анализ клинических наблюдений показал, что ключевым фактором успешной коррекции является точная идентификация уровня и механизма коллапса носового клапана.

Использование аутохрящевых графтов продемонстрировало умеренную эффективность и стабильность результатов при недостаточной опоре латеральной стенки носа вследствие дефицита хрящевой ткани. Применение собственных тканей пациента обеспечивает хорошую биосовместимость, снижает риск резорбции и инфицирования, а также позволяет достичь анатомически и функционально обоснованной реконструкции внутреннего и наружного клапана.

Применение **титановых микропластин** показало высокую эффективность при узости в области внутреннего носового клапана метод обеспечивает надежную механическую поддержку.

Нитевые методы коррекции продемонстрировали удовлетворительные результаты при умеренном коллапсе, преимущественно наружного клапана. Преимуществами метода являются минимальная инвазивность и короткий период реабилитации, однако возможна ограниченная длительность эффекта.

Заключение

1. Коллапс носового клапана требует дифференцированного хирургического подхода с учетом уровня и механизма поражения.
2. Использование аутохрящевых графтов из перегородки носа является эффективным и физиологичным методом реконструкции клапана.
3. Титановые микропластины показаны при анатомии узости угла внутреннего клапана носа
4. Нитевые методы имеют высокую эффективность при коллапсе наружного клапана носа.
5. Индивидуализированный выбор метода лечения обеспечивает оптимальные функциональные и клинические результаты.

Контактное лицо: Галкин Алексей Владимирович, ведущий эксперт Клиники Уха, Горла и Носа, оториноларинголог-хирург, пластический хирург, г. Москва, Россия.

Email: aleksegalk@yandex.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ОТОСКЛЕРОЗА

Хубларян А. Г.[1], Крюков А.И.[1,2], Гаров Е.В.[1,2], Зеликович Е.И.[1], Зеленкова В.Н.[1], Загорская Е.Е.[1]

[1]ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, г. Москва

[2]Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Введение

В последнее десятилетие отмечается тенденция к росту численности пациентов с облитерирующей формой отосклероза (ОС) до 17% [Vincent R., 2006, Zafar N., 2023]. Диагностика облитерирующего ОС и его хирургическое лечение сопровождаются значительными сложностями и требуют пристального изучения. По распространенности поражения овального окна (ОО) облитерирующая форма подразделяется на 3 степени [Nadol J., 2005]. Большое значение в диагностике облитерации ОО имеют аудиологические методы обследования (тональная пороговая аудиометрия, электрокохлеография), однако объективным методом определения распространенности и локализации отоочагов (а также других анатомических особенностей, влияющих на методику операции и выбор ассистенции) является КТ височных костей.

Стапедопластика облитерирующего ОС чаще сопровождается (от 2 до 10 раз) риском кохлеовестибулярных осложнений, а грамотное использование средств ассистенции (микроборы и/или лазеры) значительно снижает вероятность неудач.

Материалы и методы

Проведен анализ 2433 стапедопластик, из них в 4,6% случаев (n=112) - облитерирующая форма. Изучены диагностические критерии и результаты операции 90 пациентов с облитерацией ОО и 50 пациентов с изолированной формой ОС.

Результаты

Среди пациентов с облитерирующим ОС чаще встречались более молодые (39,9±12,84 и 49,34±9,54 лет), больше пороги костной проводимости (23,58±3,8 и 16,19±5,73 дБ) и костно-воздушный интервал (38,6±7,12 и 33,27±5,72 дБ), чаще выявлялся ГЛ - 26,7% и 6% ($p<0,05$). 1 степень - у 59 пациентов, 2 – 16 и 3 - 15. 29 пациентам выполнена поршневая методика, 45 – титановым протезом на аутовену, 16 – аутохрящевым протезом на вену. При 2-3 степенях использовалась оригинальная комбинированная техника ассистенции (истончение подножной пластинки стремени (ППС) микробором и расширение ниши ОО, затем фенестрация CO2-лазером), снижающая длительность операции, уменьшая количество лазерных ударов (и карбонизации ППС), что сделало возможным достижение отличных результатов с костно-воздушным интервалом <10 дБ (51,27%) и приближение таковых как при изолированной форме (70%).

Заключение

Дооперационная диагностика облитерирующей формы ОС основывается на совокупности определенных клинических и инструментальных критериях, позволяющих спрогнозировать интраоперацинную картину, избрать актуальную методику стапедопластики. Комбинированный метод ассистенции расширяет технические возможности выполнения широкой стапедотомии, нивелируя влияние тяжести процесса на результат.

Контактное лицо: Хубларян Альвина Генриховна, аспирант ГБУЗ НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, г. Москва, Россия.

E-mail: alvinka95@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОСОДЕРЖАЩИМИ КИСТАМИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТТЕСНЯЮЩИМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ

Махмудов А.Р.[1], Бакотина А.В.[1], Набиева Л.В.[1]

[1]ФГБОУ ВО «РУМ» Минздрава России,г. Москва

Введение

Распространенность фолликулярных кист составляет 8% от общего числа больных с кистами челюстей. Данная патология длительное время может протекать бессимптомно, вырастая до значительных размеров, заменяя собой объем всей верхнечелюстной пазухи. Зубосодержащие кисты больших размеров приводят к деструкции костных стенок, блокируют естественное соустье, что в дальнейшем приводит к развитию одонтогенного верхнечелюстного синусита. После удаления кист больших размеров наружным доступом, остаются выраженные костные дефекты лицевого скелета, которые в дальнейшем могут приводить к ремоделированию костных стенок верхнечелюстной пазухи. Хирургическое лечение таких пациентов требует междисциплинарного подхода с целью минимизирования травматизации альвеолярного отростка. Оптимизация хирургического лечения зубосодержащих кист альвеолярного отростка верхней челюсти больших размеров путем уменьшения хирургической травмы.

Материалы и методы исследования

За период с 2025г. по 2026 г. в отделение оториноларингологии №2 на базе УК НОИ им. Н.А. Семашко проведено лечение 7 пациентов (3 мужчин, 3 женщин,1 ребенок) с диагнозом зубосодержащая киста альвеолярного отростка верхней челюсти, оттесняющая верхнечелюстную пазуху, одонтогенный верхнечелюстной синусит. Все пациентам под ЭТН проведено эндоназальное удаление кисты путем проведения эндоскопической верхнечелюстной синусотомии, с удалением «причинного» зуба бригадой ЧЛХ.

Результаты

Послеоперационный период протекал гладко, без признаков воспаления, с минимальными отеками в послеоперационной области. Пациент в период нахождение в стационаре предъявлял жалобы на минимальные болевые ощущения, которые купировалось НПВС. Совместная работа смежных специальностей сокращает восстановительный период, уменьшает нахождение пациента в стационаре, снижает риск развития послеоперационных осложнений. Отдаленные результаты через 1 месяц,3 месяца и через 1 год деформации лицевого скелета и ремоделирования костных стенок не показали.

Выводы

Эндоназальный эндоскопический подход к удалению зубосодержащих кист крупного размера с одновременной экстракцией «причинного» зуба демонстрирует высокую эффективность и безопасность при междисциплинарном ведении пациентов. Эндоназальный эндоскопический подход к удалению зубосодержащих кист крупного размера с одновременной экстракцией «причинного» зуба демонстрирует высокую эффективность и безопасность при междисциплинарном ведении пациентов. Отдаленное наблюдение (1 год) показывает стабильную клиническую ремиссию: отсутствие рецидивов заболевания, отсутствие выраженных деформаций лицевого скелета и значимого ремоделирования костных стенок верхнечелюстной пазухи, а также восстановление функции носового дыхания и улучшение качества жизни пациентов. Методика представляется целесообразной и предпочтительной при наличии показаний и доступности эндоскопического

доступа, однако требует тщательного предоперационного планирования и взаимодействия с челюстно-лицевыми хирургами для минимизации риска осложнений и оптимизации реконструктивных исходов.

Контактное лицо: Махмудов Арсен Рабаданович, кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

E-mail: arsen_makhmudov@list.ru

За гранью оториноларингологии

Научно-практическая конференция (Москва, 21-22 мая 2026 г.)

Сборник тезисов публикуется в авторской редакции

Сетевое издание

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 2,2 Мб

Принято к публикации «12» августа 2026 года

Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/58MNNPK26 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

КОНТАКТЫ:

САЙТ КОНФЕРЕНЦИИ

lor-conference.ru

ОРГАНИЗАТОР:

КЛИНИКА УХА, ГОРЛА И НОСА

САЙТ СЕТИ «КЛИНИКА УХА, ГОРЛА И НОСА»

lorlor.ru

КАНАЛ КЛИНИКИ В MAX