

**Межрегиональная
научно-практическая конференция
оториноларингологов
Южного федерального округа**

18–19 сентября 2025, Сочи

Материалы конференции

**«Актуальные вопросы
междисциплинарного
взаимодействия
в оториноларингологии»**

Сочи
Санкт-Петербург
2025

Ю. К. Янов — главный редактор
С. В. Рязанцев — зам. главного редактора
М. А. Завалий — зам. главного редактора

ISBN 978-5-905896-47-7



Материалы Межрегиональной научно-практической конференция оториноларингологов Южного федерального округа «Актуальные вопросы междисциплинарного взаимодействия в оториноларингологии». — Санкт-Петербург: Полифорум Групп, 2025. — 88 с.

ISBN 978-5-905896-47-7

Издатель: ООО «Полифорум Групп»

Все права на данное издание зарегистрированы.
Перепечатка отдельных статей без разрешения
издателя запрещена.

Ссылка на сборник обязательна.

Ответственные за выпуск *С. В. Рязанцев,*

С. М. Ермольчев

Компьютерная верстка *Т. М. Каргапольцевой*

Адрес редакции:

190013, Россия, Санкт-Петербург,

ул. Бронницкая, д. 9.

Тел./факс: (812) 316-29-32.

E-mail: text@pfco.ru

Сайт: www.entru.org

© СПб НИИ уха, горла, носа и речи

Минздрава РФ, 2025

© ООО «Полифорум Групп», подготовка оригинал-макета, 2025

Подписано в печать 09.09.2025. Выход в свет 12.09.25.

Формат 60×90 1/8. Усл. печ. л. 11,0.

Тираж 200 экз. Цена свободная

Типография «Политехника Сервис».

Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

ISBN 978-5-905896-47-7

Влияние инфекционных агентов на формирование слуховых нарушений

С. А. Азаматова¹, С. Л. Коваленко², И. Р. Азаматов³, М. Д. Коваленко⁴

^{1,3} Майкопский государственный технологический университет,
Медицинский институт, Республика Адыгея, Майкоп, Российская Федерация

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

³ Адыгейский республиканский центр реабилитации слуха ГБУЗ РА АРКБ АРЦРС Республика Адыгея,
Майкоп, Российская Федерация

⁴ Детская городская поликлиника № 1 города Краснодара, Краснодар, Российская Федерация

Influence of infectious agents on the formation of auditory disorders

S. A. Azamatova¹, S. L. Kovalenko², I. R. Azamatov³, M. D. Kovalenko⁴

^{1,3} Maikop State Technological University, Medical Institute, Republic of Adygea, Maykop, Russian Federation

² Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

³ Adyghe Republican Hearing Rehabilitation Center of State Budget Organization of Health of Republic of Adygea Adyghe Republican Clinical Hospital Adyghe Republican Center for Republic of Adygea,
Maykop, Russian Federation

⁴ Children's City Polyclinic No. 1 of Krasnodar, Krasnodar, Russian Federation

Значимость воздействия инфекционных агентов в развитии тугоухости, как врожденной, так и приобретенной велика. Современные научные исследования отражают роль вирусных и бактериальных инфекций в формировании нарушений слуха на разных участках слухового анализатора в зависимости от возбудителя. Проведен анализ характера, степени выраженности тугоухости и возможности профилактики и лечения с учетом этиологического фактора.

Цель. Провести анализ научных исследований и определить тактику ведения пациентов со слуховыми расстройствами инфекционного генеза.

Материалы и методы. В рамках литературного обзора были изучены общедоступные базы данных за период последних 10 лет, а также учетные эпидемиологические, клинические и функциональные исследования слухового анализатора.

Результаты. Особое внимание в возникновении слуховых расстройств вызывает группа герпесвирусов, так как вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов после рождения может протекать как в малосимптомной субклинической форме, так и иметь тяжелые последствия от умеренных слуховых нарушений до полной глухоты. Ветряная оспа может вызывать синдром внутриутробного инфицирования и приводить к врожденному на-

рушению слуха. В послеродовой период у детей первых недель жизни инфекция наиболее опасна для недоношенных и с малой массой тела со стойкими иммунологическими дефектами, так как ведет к вторичной сенсоневральной тугоухости (СНТ) различной степени выраженности с поражением на одной или обеих сторонах. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) представляет значительный интерес в связи с ее потенциальной ролью в развитии патологий верхних дыхательных путей и органа слуха. Этот интерес обусловлен широкой распространенностью ЦМВ согласно популяционным исследованиям и ее бессимптомным течением. ЦМВ рассматривается как одна из основных негенетических причин инфекционного поражения преддверно-улиткового нерва и, как следствие СНТ.

Инфицирование вирусом краснухи во втором триместре беременности может быть осложнено синдромом врожденной краснухи, характеризующимся классической триадой Грегга: аномалиями сердца, дефектами зрения и сенсоневральной потерей слуха различной выраженности, включая полную глухоту.

В областях с низким охватом вакцинацией от кори вирус продолжает вызывать нарушения слуха, включая сенсоневральную тугоухость средней и тяжелой степени, чаще двустороннюю.

При паротите снижение слуха чаще всего проявляется на одной стороне (ипсилатеральной по отношению к воспаленной слюнной железе). Раннее выявление и адекватная терапия способны предотвратить прогрессирование тугоухости, однако в ряде клинических случаев развивается перманентная глухота.

Российские ученые выявили связь между СНТ и персистирующей микоплазменной инфекцией. Ключевым фактором успешного лечения тугоухости оказалось применение антибиотиков, направленных против этих внутриклеточных бактерий. В то же время врожденная тугоухость, вызванная токсоплазмозом, без своевременного лечения, остается значительной проблемой, поражая более 28% пациентов.

СНТ является одним из возможных осложнений геморрагических лихорадок, таких как лихорадка Денге, Ласса и Западного Нила, возникающим из-за иммуно-опосредованного воспаления. Восстановление слуховой функции обычно происходит самопроизвольно.

ВИЧ-инфекция оказывает значительное негативное воздействие на слух, часто вызывая тяжелые поражения на разных уровнях слухового анализатора.

Поражение нервной системы при менингококковой инфекции может привести к двусторонней тяжелой потере слуха. Частота этого осложнения варьируется в зависимости от возраста: 19% у младенцев, 13% у детей, 12% у подростков и 8% у взрослых.

Слуховой анализатор нередко страдает при врожденном сифилисе, и если не начать своевре-

менное лечение, это может привести к развитию СНТ.

Сеносневральные нарушения слуха являются одним из распространенных осложнений гриппа, как правило, с односторонним характером поражения слухового анализатора.

В настоящее время продолжается интенсивное изучение полиморфизма клинических проявлений у пациентов, перенесших COVID-19 и с учетом влияния на слуховой анализатор, целесообразно проводить аудиологическое обследование.

Нарушения слуха, наблюдаемые у больных, перенесших коронавирусную инфекцию, нуждаются в тщательном анализе для разработки эффективных терапевтических подходов. При этом необходимо учитывать вариативность клинической картины заболевания. Нейросенсорная тугоухость при врожденном сифилисе и перенесенном ЦМВ может развиваться отсрочено. В связи с этим, всем новорожденным, у которых был диагностирован врожденный сифилис и ЦМВ, рекомендуется регулярное проведение аудиологических исследований.

Таким образом, все упомянутые инфекционные возбудители обладают потенциалом вызывать неблагоприятные изменения в компонентах внутреннего уха, приводя к развитию сенсоневральной потере слуха. Углубленное исследование патогенетических процессов, ассоциированных с инфекционными болезнями, в особенности вирусной природы, обеспечит возможность более детального определения особенностей патологического влияния агентов на физиологические механизмы восприятия звуков.

Консервативное лечение полипозного риносинусита

А. В. Акимов¹

¹ Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Российская Федерация

Conservative treatment of polypous rhinosinusitis

A. V. Akimov¹

¹ Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation

Хронический полипозный риносинусит (ПРС) — хроническое заболевание слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа, в основе патогенеза которого лежит воспаление с образованием и рецидивирующим ростом полипов с доминированием эозинофилов и нейтрофилов. ПРС является одной из форм хронического риносинусита.

В последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости ПРС, чему способствует ряд факторов, таких как неблагоприятная экологическая обстановка, аллергизация населения, курение и профессиональные вредности. Значительно вырос уровень комплексного загрязнения окружающей среды и, как следствие этого, увеличился объем мутагенных факторов.

В результате тесного взаимодействия внешних повреждающих и наследственно измененных внутренних факторов происходят срывы адаптационных механизмов организма, что приводит к развитию ПРС. Неслучайно поэтому наиболее высокий уровень заболеваемости ПРС отмечается на территориях, характеризующихся большими экологическими нагрузками.

Длительное воздействие этих факторов приводит к снижению активности защитного барьера слизистой оболочки полости носа, и стимулирует развитие инфекционно-зависимого аллергического процесса. Этот процесс вызывает вторичный иммунодефицит, постоянное иммунное эозинофильное воспаление, которое ведет к изменению слизистой оболочки носа и развитию ПРС.

Выделяется 4 морфологических типа полипов носа и околоносовых пазух: аллергический, фиброзно-воспалительный, железистый и атипичный.

Аллергический тип ПРС предполагает применение в комплексном лечении интраназальных глюкокортикостероидов (ИНГКС), которые присутствуют в основе всех стандартизированных схем лечения российских и зарубежных протоколов.

ИНГКС уменьшают эозинофильную инфильтрацию и секреторную активность желез слизистой оболочки, снижают степень сосудистой проницаемости, тормозят синтез проаллергических посредников, контролируют экспрессию клеточ-

ных рецепторов и молекул клеточной адгезии. В результате их применения уменьшается отек слизистой оболочки полости носа и снижается назальная резистентность.

В последние годы одной из приоритетных задач в России стало импортозамещение. После введения экономических санкций, ограничивающих возможности российской экономики, вопрос об импортозамещении стал необыкновенно остро, в том числе и в области фармакологии. Отрадным фактором является производство отечественных препаратов, не уступающих по качеству зарубежным аналогам.

Препараты мометазона являются топически-ми кортикостероидными препаратами с высокой противовоспалительной активностью, хорошей растворимостью в секрете слизистой носа и минимальными побочными действиями. В связи с низкой биодоступностью может применяться длительное время в терапевтических дозах.

Цель исследования. Доказать эффективность мометазона в комплексном лечении ПРС и определить схемы для этого комплексного лечения.

В исследовании участвовали 20 больных ПРС. Из них было 15 мужчин и 5 женщин в возрасте от 41 до 67 лет. У 10 пациентов ПРС выявлен впервые, 10 пациентов ранее лечились по поводу ПРС, и им проводилось удаление полипов из носа. Всем больным при поступлении брался мазок из носа на цитологическое исследование с целью выявления содержания эозинофилов.

Для подтверждения цели исследования в комплексное лечение пациентов с ПРС включался препарат мометазона. Препарат применялся при эозинофильной форме ПРС, которая определялась по анализу крови до оперативного лечения, в течение недели по схеме: мометазон — 2 раза в день по 2 дозы, утром и в обед, на ночь антигистаминный препарат. После оперативного вмешательства, в послеоперационном периоде препарат применялся в поддерживающей дозе по 1 дозе 2 раза в день в течение 3 недель. Таким образом, курс лечения продлевался до месяца.

Результаты эффективности воздействия препарата на функцию носового дыхания и слизистую оболочку полости носа оценивались по

данным риноманометрии до использования препарата, через неделю после начала применения, до оперативного лечения, и после оперативного лечения через месяц. В комплексное исследование так же включались методы исследования мукоцилиарного клиренса (сахариновый тест), изменение температуры слизистой оболочки полости носа, изменение рН в полости носа.

До начала лечения показатели риноманометрии были низкими, температура в полости носа повышенной, показатели рН смещены в щелочную сторону и резко замедлена функция мерцательного эпителия, но уже через 7–10 дней после

начала терапии мометазоном показатели риноманометрии значительно улучшились, температура в полости носа снизилась, улучшились показатели рН и мукоцилиарного клиренса. После окончания комбинированного лечения, включая хирургическое, все исследуемые функциональные показатели приблизились к норме.

Заключение. ПРС, несомненно, представляется полиэтиологическим заболеванием, ведущим звеном которого является аллергическое воспаление. Исходя из этого тактика лечения пациентов, страдающих ПРС, должна соблюдать комплексный подход с применением ИНГКС.

Оригинальная методика реабилитации нарушений равновесия у детей младшего школьного возраста

А. В. Андрианов¹, Г. Ш. Туфатулин², И. В. Королева³, В. В. Дворянчиков⁴

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Детский городской сурдологический центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

Original method of rehabilitation of balance disorders in children of primary school age

A. V. Andrianov¹, G. Sh. Tufatulin², I. V. Koroleva³, V. V. Dvoryanchikov⁴

^{1,2,3,4} Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech, Saint Petersburg, Russian Federation

² Children's City Audiology Center, Saint Petersburg, Russian Federation

² Mechnikov North-West State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

Установлено, что дети с нарушениями слуха имеют сопутствующие проблемы с постуральным контролем, балансом, координацией, развитием моторных навыков вследствие комбинированной вовлеченности в патологический процесс вестибулярных структур. Данный дефицит приводит к снижению возможностей участия ребенка в социальной жизни, развитию психо-интеллектуальных, академических затруднений и, в конечном счете, снижению качества жизни. При этом, даже при условии оценки баланса, моторных навыков и качества жизни, развитие этих навыков как правило не включается в индивидуальный план реабилитации и обучения ребенка с нарушенным слухом,

кроме случаев очевидных неврологических или ортопедических заболеваний. В то же время рядом исследований подтверждается возможность улучшения моторных навыков, в особенности баланса, у детей с нарушениями слуха на фоне регулярных и целенаправленных физических упражнений.

Цель. Разработать методику улучшения когнитивных и моторных навыков и, как следствие, повысить эффективность реабилитации детей с нарушениями слуха.

Материалы и методы. Предлагаемая методика заключается в том, что в процессе комплексной слухоречевой реабилитации детей с нарушениями слуха проводят систематические занятия

адаптивной физической культурой с элементами игры в теннис. На протяжении года с детьми младшего школьного возраста (21 ребенок в возрасте от 8 до 12 лет) проводились занятия, включающие три блока занятий. Первый блок включает 24 занятия, в ходе которых выполняют 7 упражнений с теннисным мячом продолжительностью от 1 до 5 минут каждое, второй блок включает 32 занятия, в ходе которых выполняют 9 упражнений с координационной лесенкой, теннисной ракеткой и теннисным мячом продолжительностью от 5 до 15 мин каждое, а третий блок включает 40 занятий, в ходе которых выполняют 8 упражнений с координационной лесенкой, конусами, теннисной ракеткой и теннисным мячом продолжительностью от 5 до 20 мин каждое. Оценивались когнитивные и моторные показатели до реабилитации, через 6 и 12 месяцев занятий.

Результаты. Тесты, оценивающие когнитивные функции продемонстрировали улучшение

показателей логического мышления к 12 мес., показатели уровня развития слухового внимания, интеллекта и устной речи показали резкий прогресс к 6 мес., но далее — плато. Ранние улучшения моторных функций (к 6 мес.) показаны в общем проценте моторных нарушений и зрительно-моторном восприятии. К 12 мес. зрительно-моторное восприятие и точность продолжают прогрессировать, равновесие и крупная моторика стабилизируются — возможен эффект «плато». Динамический праксис улучшился только к 12 мес. («отложенный эффект» терапии). Скорость и точность демонстрируют наиболее стабильный прогресс. Проблемные зоны (низкий эффект реабилитации): глазодвигательные функции и орально-лицевой праксис.

Выводы. Предложенная методика демонстрирует эффект в развитии когнитивных и моторных функций, причем максимальная эффективность достигается к 6 мес. занятий.

Оценка результативности симуляционного обучения навыкам отоскопии ординаторов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

И. Е. Берест¹

¹ Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки, Луганск, Российская Федерация

Evaluation of the effectiveness of simulation training in otoscopy skills for residents in the specialty „General medical practice“

I. E. Berest¹

¹ Saint Luke Lugansk State Medical University, Lugansk, Russian Federation

Введение. Отоскопия — простой и доступный метод оценки состояния наружного и среднего уха, позволяющий врачу общей практики уточнить необходимость направления пациентов к оториноларингологу. Освоение навыка отоскопии и правильная интерпретация отоскопической картины ординаторами по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» являются важными задачами в процессе обучения. Симуляционное обучение значительно усовершенствует и облегчает данные задачи. В оценке эффективности овладения навыками большую роль играют не только объективные показатели (результаты тестирования и контроля выполнения навыка), но и субъективные (мнение обучающегося).

Цель исследования. Оценить результативность симуляционного обучения навыкам отоскопии ординаторов по специальности «Общая

врачебная практика (семейная медицина)» путем анкетирования.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы 53 анонимные анкеты-опросника обучающихся на кафедре оториноларингологии и офтальмологии ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт Луки» Минздрава РФ врачей-ординаторов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» за период с марта 2024 по июнь 2025 г. Симуляционное обучение проводилось с использованием виртуального отоскопического стимулятора VOS (Саратов, СГМУ им. В. И. Разумовского, ООО «Лаборатория Виртуальных Систем»).

Результаты. Исходя из ответов, 92,5% (49) обучающихся одобряют внедрение симуляционных технологий в обучение. Причины неодобрения были отсутствие «живого» общения, возможность технических ошибок, сбоев в работе техники и

несовершенство технологий по признаку приближенности к реальности.

Среди преимуществ симуляционного обучения 90,6% (48) респондентов выбрали «возможность многократной отработки навыка», 86,8% (46) «большой объем демонстрационного материала», 73,6% (39) «реалистичность изображений», 94,3% (50) обучающихся — «интересный формат обучения». Сложность в управлении оборудованием была оценена на $2,1 \pm 0,98$ из максимально возможных 5 баллов, доходчивость и понятность демонстрационных материалов на $2,9 \pm 1,2$ балла. Многие демонстрационные материалы требовали разъяснений преподавателей. Результат обучения ординаторы оценивали на «отлично» в 54,7% (29) случаев, «хорошо» в 32,1%

(17) случаев, «удовлетворительно» в 13,2% (7) случаев.

Выводы. Субъективная оценка результативности симуляционного обучения навыкам отоскопии ординаторов помогает выявить «слабые» стороны в обучении. Внедрение в обучение симуляционного оборудования повышает интерес обучающихся к предмету, позволяет значительному числу ординаторов овладеть навыком отоскопии на высоком уровне, дает возможность независимого тестирования и контроля выполнения навыков. Однако, роль преподавателя остается существенной в связи со сложностью в некоторых случаях интерпретации отоскопической картины, для формирования быстрой обратной связи с обучаемыми, рефлексивного разбора результативности обучения.

Клиническое значение и возможности камертональных тестов

Д. В. Бобрышева¹, С. А. Азаматова²

^{1,2} Адыгейский республиканский центр реабилитации слуха ГБУЗ РА АРКБ АРЦРС, Республика Адыгея, Майкоп, Российская Федерация

² Майкопский государственный технологический университет, Медицинский институт, Республика Адыгея, Майкоп, Российская Федерация

Clinical significance and possibilities of tuning fork tests

D. V. Bobrysheva¹, S. A. Azamatova²

^{1,2} Adyghe Republican Hearing Rehabilitation Center of State Budget Organization of Health of Republic of Adyghe Adyghe Republican Clinical Hospital Adyghe Republican Center for Republic of Adyghe, Maykop, Russian Federation

² Maikop State Technological University, Medical Institute, Republic of Adyghe, Maykop, Russian Federation

В современной медицинской практике существует распространенное предубеждение об устаревшем характере камертональной диагностики в условиях развития высокотехнологичных методов исследования слуховой функции, что приводит к снижению уровня владения техникой проведения камертонных проб. Однако эти классические методы сохраняют клиническую значимость, доказанную временем. В соответствии с действующим приказом № 259н/238н от 16 мая 2024 г., Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации МЗ РФ, в перечень основных медицинских обследований входит составление слухового паспорта.

Камертональная диагностика представляет собой фундаментальный метод аудиологического исследования, позволяющий эффективно

оценить функциональное состояние слухового анализатора путем анализа воздушной и костной проводимости звуковых волн.

Сегодня известно около 20 камертональных проб, из которых наибольшей информативностью обладают три базовых теста:

– проба Ринне позволяет провести сравнительный анализ длительности восприятия камертонального стимула при воздушном и костном проведении и сделать заключение о типе снижения слуха;

– тест Вебера помогает в выявлении симметричности слуховых нарушений, основываясь на феномене латерализации звука;

– проба Швабаха дает возможность оценить состояние костного и воздушного звукопроведения, что имеет практическое значение в проведе-

нии дифференциальной диагностики нейросенсорной и кондуктивной тугоухости.

Данная диагностическая триада обеспечивает комплексную оценку функционального состояния слухового анализатора и способствует формированию предварительного диагностического заключения относительно топике патологического процесса.

Также следует отметить, что существуют специализированные камертональные пробы, среди которых пробы Желле и Федеричи занимают ключевую позицию. Эти методики позволяют провести точную оценку функционального состояния звукопроводящей системы, в частности исследовать подвижность слуховых косточек и выявить наличие анкилоза стремени.

Камертональные тесты представляют собой ценный диагностический инструмент, обладающий рядом существенных преимуществ:

– быстрота проведения — экспресс-метод диагностики, позволяющий получить первичные данные о состоянии слуховой функции;

– простота выполнения и минимальные экономические затраты — методика не требует сложного оборудования и специальной подготовки, доступна для применения в условиях первичного приема;

– информативность результатов — способность выявлять различные типы нарушений слуха и локализацию патологического процесса.

Клиническая значимость и потенциал камертональных тестов заключается в возможности дифференциальной диагностики патологических состояний слуховой системы. Таким образом, данное исследование позволяет верифицировать характер поражения: изолированное нарушение звукопроводящего аппарата или вовлечение звуковоспринимающих структур, а также определить маршрутизацию и тактику ведения пациента.

Одонтогенный синусит как осложнение дентальной имплантации

Н. В. Бойко¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Odontogenic sinusitis as a complication of dental implantation

N. V. Voiko¹

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Влияние состояния зубов на патологические процессы в верхнечелюстной пазухе определяется ее анатомо-топографическими особенностями. Корни первых и вторых моляров и премоляров находятся в непосредственной близости от дна верхнечелюстной пазухи, а иногда выстоят в ее полость, отделяясь от последней только слизистой оболочкой. В этих условиях любой патологический процесс в области зубов или десен, а также некоторые стоматологические вмешательства (травматичная экстракция зубов, лечение пульпита, периапикального воспалительного процесса, установка зубных имплантов и штифтов) может нарушить целостность дна верхнечелюстной пазухи, что может привести к развитию воспаления, вызванного микробиотой полости рта.

Длительное отсутствие зубов ведет к развитию атрофии костной ткани альвеолярного отростка. Для верхней челюсти недостаток костной ткани в области дна верхнечелюстной пазухи является критичным. В этих случаях дентальной имплантации предшествует закрытый или открытый синуслифтинг.

Операция синуслифтинг сопровождается развитием следующих осложнений: образование гематомы, несостоятельность швов, наложенных на слизистую оболочку нижней стенки верхнечелюстной пазухи в случае ее разрыва, отторжение имплантированного материала, развитие максиллярного синусита и периимплантита.

Причины осложнений синуслифтинга делятся:

1) на интраоперационные:
– разрывы/перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;
– проталкивание в пазуху инородных тел (пластического материала, имплантов);

2) послеоперационные:
– кровотечения;
– инфицирование/нагноение пластического материала;
– обнажение пластического материала и имплантов.

Противопоказания к проведению синусифтинга:

- деструктивный синусит;
- одонтогенный синусит;
- утолщение слизистой оболочки пазухи;
- блок соустья верхнечелюстной пазухи;

– ретенционная киста;

Для профилактики осложнений синусифтинга необходимы:

– спиральная или конусно-лучевая компьютерная томография с оценкой толщины дна верхнечелюстной пазухи и состояния естественного соустья пазухи;

– консультация оториноларинголога для выявления противопоказаний или устранения факторов риска.

Таким образом, тактика лечения одонтогенного синусита, являющегося осложнением дентальной имплантации и/или синусифтинга, зависит от его формы: при закрытом синусите (ороантральное сообщение отсутствует) возможно консервативное лечение, в открытый синусит требует хирургического вмешательства.

Кисты верхнечелюстной пазухи

Н. В. Бойко¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Cysts of the maxillary sinus

N. V. Boiko¹

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Кисты верхнечелюстных пазух (ВЧП) — частая находка при радиографических исследованиях, они составляют от 89,5 до 92,7% кист всех локализаций. Кисты подразделяют на истинные или ретенционные кисты; ложные или кистоподобные образования; одонтогенные кисты; кисты, связанные с пороками развития.

Ретенционные кисты формируются в результате обструкции выводных протоков желез слизистой оболочки. При гистологическом исследовании ретенционные кисты имеют двустороннюю выстилку мерцательным цилиндрическим эпителием. На СКТ такие кисты имеют вид округлых гомогенных мягкотканых образований на широком основании, с четкими границами, без признаков разрушения кости, без связи с корнями зубов. Ложные (лимфоэктатические) кисты располагаются интрамурально в слизистой оболочке, не имеют внутренней эпителиальной выстилки, что является их единственным гистологическим отличием от ретенционных кист. Предположительными причинами формирования ложных кист считают баротравму, аллергические и воспалительные заболевания пазух.

В большинстве случаев кисты пазух протекают бессимптомно и являются случайной находкой при обследовании по другим поводам. Гораздо реже описаны возможные клинические проявления кист: головная и лицевая боль, затруднение носового дыхания, постназальный затек, ринорея, внезапное истечение из носа янтарной жидкости (что связано с самопроизвольным разрывом кисты), онемение верхней губы, боли в зубах и многие другие.

В ряде длительных наблюдений с использованием современных методов визуализации показана четкая тенденция к их самопроизвольному медленному регрессу (табл.).

Как следует из таблицы, увеличение размеров кисты наблюдалось лишь у 12,7% больных, в то время как в 87,3% случаев кисты оставались без изменений (62%), уменьшались в размерах (12%), или исчезали (17%). Следует обратить внимание, что ни в одном из 213 случаев при длительном периоде наблюдения (от 2 до 110 месяцев) не было зарегистрировано развития каких-либо осложнений (например, нагноение кисты).

Изменения размеров кист верхнечелюстных пазух при длительном наблюдении

Авторы	Число наблюдений	Период наблюдений (в мес.)	Исчезнувшие	Уменьшенные	Без изменений	Увеличенные
Gothberg KA. et al., 1976	11	9–59	2(18%)	3(27%)	3 (27%)	3 (27%)
Halstead CL., 1973	17	4–55	1 (6%)	3 (18%)	10(59%)	3 (18%)
Wang JH et al., 2007	18	38–102	7 (39%)	2 (11%)	4 (22%)	5 (28%)
Casamassimo PS. et al., 1980	34	2–36	6 (18%)	2 (6%)	21(61%)	5 (15%)
Moon IJet et al., 2011	133	24–110	23(17%)	16 (12%)	83(62%)	11 (8%)
Итого	213	min/max 2/110	39	26	121	27
			186 (87,3%)			27(12,7%)

Таким образом, кисты ВЧП в большинстве случаев никак себя не проявляют, имеют тенденцию к медленной спонтанной регрессии или остаются в неизменных размерах и, зачастую, не требуют хирургического лечения. Показанием к операции служит наличие упорных симптомов и большие размеры кисты, что вызывает раздражение нервных окончаний слизистой оболочки пазухи и/или обструкцию соустья пазухи изнутри.

На сегодняшний день наиболее распространенными являются щадящее вскрытие пазухи через переднюю стенку с использованием бора или троакара, эндоскопический эндоназальный доступ через средний носовой ход, эндоскопическая антростомия через нижний носовой ход, возможен комбинированный доступ. Выбор метода хирургического вмешательства определяется локализацией кисты в пазухе.

Дифференциальная диагностика грибковых тел околоносовых пазух

В. В. Быкова¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Differential diagnostics of paranasal sinuses fungal balls

V. V. Bykova¹

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Диагностика микозов полости носа и околоносовых пазух нередко оказывается затруднительной, поскольку клинические признаки этих поражений неспецифичны. Трудности идентификации грибковых заболеваний объясняют весьма широкий разброс статистических показателей частоты грибкового поражения околоносовых пазух: от 7–14% до 56%.

Цель исследования. Изучение диагностической ценности клинических, микробиологических и гистопатологических методов выявления грибковых тел околоносовых пазух.

Материалы и методы исследования. Мы провели анализ историй болезни 46 больных,

у которых при эндоскопическом вскрытии околоносовых пазух были обнаружены бесструктурные казеозные массы, по внешнему виду позволяющие заподозрить наличие грибкового тела. Всем больным до операции произведена СКТ околоносовых пазух. Исследование удаленного во время операции материала включало микроскопию, культуральное и гистопатологическое исследование.

В 4 случаях поражения верхнечелюстных пазух в казеозных массах, полученных во время операции, не было обнаружено присутствия грибов ни при микроскопическом, ни при культуральном, ни при гистологическом исследовании.

В 2 случаях при микробиологическом и гистологическом исследовании содержимого пазухи выявлены друзы актиномицетов.

Актиномицеты — ветвящиеся условно-патогенные бактерии, которые длительное время относили к грибам, поэтому до сих пор встречаются случаи неадекватного лечения актиномикоза противогрибковыми препаратами.

Случай № 1. Больная Н., 32 лет, обратилась по поводу периодически возобновляющихся гнойных выделений из правой половины носа, затруднения носового дыхания, ощущения тяжести в области правой щеки. 8 лет назад правая верхнечелюстная пазуха была оперирована по Калдвэлл—Люку, но после операции симптомы заболевания периодически возобновлялись. При осмотре эндоскопом обнаружена медиализация правой нижней носовой раковины, расширенный нижний носовой ход заполнен серовато-белыми бесструктурными массами, исходящими из верхнечелюстной пазухи через наложенное соустье. Средний носовой ход закрыт отечной слизистой оболочкой.

На СКТ правая верхнечелюстная пазуха почти полностью заполнена мягкотканым образованием с гиперденсивными включениями. Имеются послеоперационные дефекты в передней и медиальной (на уровне нижнего носового хода) стенках. Больной произведена реоперация эндоназальным эндоскопическим методом. Удалено патологическое содержимое из пазухи, расширено естественное соустье, нижняя носовая раковина справа надломлена у основания и латерализована. При микробиологическом исследовании содержимого пазухи выявлены *Actinomyces israelii* в ассоциации со *Staphylococcus spp.*

Случай № 2. Больной Н., 26 лет, обратился в 1-е ЛОР-отделение МБУЗ «Городская больница

№1 им. Н. А. Семашко» г. Ростова-на-Дону с жалобами на рецидивирующее носовое кровотечение из правой половины носа. В 2009 году пациенту была выполнена рентгенограмма околоносовых пазух, на которой, со слов больного, была обнаружена небольшая киста правой верхнечелюстной пазухи, от хирургического лечения больной отказался.

При осмотре: слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, экссудата в полости носа нет, общий носовой ход справа сужен за счет смещения боковой стенки носа медиально.

На СКТ околоносовых пазух в правой верхнечелюстной пазухе определяется образование с четкими краями, неоднородной структуры (плотностью от 28 до 80 ЕД), размерами 35 × 27 × 34 мм с разрушением медиальной стенки пазухи и пролабированием в полость носа. Частично разрушены стенки передних клеток решетчатого лабиринта справа.

При вскрытии правой верхнечелюстной пазухи обнаружено новообразование диаметром около 4 см, окруженное плотной капсулой толщиной до 3 мм, сероватого цвета. При вскрытии капсулы обнаружено плотное мягкотканое содержимое бурого цвета. Образование удалено. Результат гистологического исследования удаленного образования: обширные поля некротических масс, среди которых просматриваются микотические друзы из переплетающихся нитей мицелия, характерные для актиномикоза.

Таким образом, при обнаружении бесструктурных казеозных масс при вскрытии околоносовых пазух необходимо дифференцировать грибковые и бактериальные альтеративные процессы (остеомиелит, хронический синусит), вызванные анаэробной флорой.

Восстановление голоса при тяжелой афонии и дисфагии: клинический случай

И. С. Воробьева¹, И. Ю. Эвомаа²

^{1,2} Семейная клиника «Тургеневская», Краснодар, Российская Федерация

Voice recovery in case of severe aphonia and dysphagia: a case study

I. S. Vorob'eva¹, I. Yu. Evomaa²

^{1,2} Family clinic «Turgenevskaya», Krasnodar, 350000, Russia.

Введение. Голос — важный инструмент коммуникации человека и его самовыражения. Глотание — это важное и сложное поведение, которому учатся на очень ранних этапах развития. Механизм глотания является жизненно важным процессом, защищающим дыхательные пути. Несвоевременное оказание специализированной медицинской помощи пациентам с дисфонией и дисфагией часто приводит к стойким нарушениям голосовой функции, потери аппетита, истощению, нарушению психоэмоционального состояния. В последнее время отмечается рост числа больных с парезами и параличами гортани. Это связано с увеличением количества оперативных вмешательств на органах, контактирующих с нижне-гортанным нервом: гортани, щитовидной железе, трахее, средостении, легких, пищеводе, сердца и т. д. [Дайхес Н. А. и соавт. 2014]. Нарушение глотания, дыхания и голоса ухудшают качество жизни человека, приводят к снижению трудоспособности и ухудшению межличностных отношений. Изучение диагностики, лечения и ранней реабилитации при данной патологии входит в компетенцию врачей оториноларингологов, неврологов, хирургов, врачей общей практики. Проведение консервативного лечения с первых суток заболевания обеспечивает восстановление подвижности голосовых складок в 87,5% случаев, причем на реабилитацию таких пациентов требуется в среднем не менее 2 мес. В случаях отсроченной терапии хотя бы на 1 месяц эффективность снижается до 55,5%, на 2–3 месяца — до 32,7%, а на 4–6 мес — до 12,2%. При длительности пареза более 6 мес. восстановления функции гортани, как правило, не происходит [Готовяхина Т. В., 2016, Шиленкова В. В. 2016].

Цель работы. Демонстрация эффективности медикаментозной и дистанционной логопедической терапии в восстановлении голоса и глотания и повышении качества жизни у пациента с односторонним периферическим парезом гортани.

Пациенты и методы. Представлено клиническое наблюдение. Визуализация гортани осуществлялась видеоториноларингоскопом «С-МАС» («KARL-STORZ», Германия). Логопедическая голосовая терапия проводилась посредством телемедицины. Оценка тяжести голосовых нару-

шений осуществлялась по шкале GRBAS, включающей 5 стандартных критериев: «grade» (G) — общая тяжесть имеющихся нарушений голоса, «roughness» (R) — грубость, резкость голоса, «breathiness» (B) — наличие одышки, придыхания, «asthemicity» (A) — астеничность, слабость голоса, «strain» (S) — напряжение голоса. Каждый признак определялся в баллах от 0 до 3, где 0 — норма, 1 — слабая выраженность симптома, 2 — умеренное проявление, 3 — сильно выраженный симптом. Нарушение качества жизни выявлялось при помощи индекса голосовых нарушений — 10 (VHI-10, Voice Handicap Index -10), который представляет собой опросник, отражающий степень восприятия тяжести состояния самим пациентом.

Результаты и анализ исследования. Больной М., 76 лет. Обратился с жалобами на одышку, отсутствие звучного голоса, нарушение глотания. Из анамнеза установлено, что 1 месяц назад перенес гломус-сберегающую каротидную эндуarterэктомию из правой наружной, общей и внутренней сонных артерий. При осмотре: правая голосовая складка находится в парамедианной позиции, подвижность ее отсутствует, несмыкание составляет 4–5 мм. GRBAS = 12. VHI-10 = 36. В течение года проводились курсы консервативной терапии, которые включали в себя стимулирующее лечение и фонопедию. Фонопедическая терапия была направлена на компенсацию дефицита смыкания голосовой щели и получения основного тона. Использовались упражнения для активизации мышц гортани, снятие чрезмерного напряжения. В дополнение был использован Lax Vox метод и Doktor Vox устройство. Для коррекции нарушения глотания: обучение супраглоттальному маневру и маневр Мендельсона. При осмотре пациента спустя год от начала лечения мы получили: полную компенсацию дефекта смыкания голосовых складок, восстановление основного тона, восстановление звучности голоса, восстановление тембра голоса, уменьшили одышку во время речи, безопасное и эффективное глотание, значительное снижения индексов: GRBAS = 3, VHI-10 = 7.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение показывает высокую эффективность медикаментозного и фонопедического лечения

в восстановлении голоса и глотания, а также повышения качества жизни у пациентов с односторонним парезом гортани. Поэтому не следует причислять данную категорию больных к безна-

дежным, ведь существует реальная возможность вернуть им голос, восстановить безопасное и эффективное глотание, а также продолжить профессиональную деятельность в полном объеме.

Профилактика стенозирования, хирургическое лечение и реабилитация пациентов с приобретенной посттравматической фиброзной атрезией наружного слухового прохода

Е. В. Гаров¹, К. С. Бавин², Л. А. Мосейкина³

^{1,2,3} Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Acquired posttraumatic fibrous atresia of the external auditory canal: surgical treatment and prevention of restenosis

E. V. Garov¹, K. S. Bavin², L. A. Moseikina³

^{1,2,3} Sverzhevsky Scientific Research Clinical Institute Of Otorhinolaryngology, Moscow, Russian Federation

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Актуальность. Посттравматический стеноз наружного слухового прохода (НСП) — достаточно редкая патология в хирургической практике, на которую приходится 10% из всех приобретенных стенозов этой локализации [Adhershitha A., Anilkumar S., 2016].

Особое внимание уделяется сложности хирургии этой патологии при огнестрельных и минно-взрывных травмах, при которых затрагивается не только периаурикулярная, но и краниальная и челюстно-лицевая области, повреждения мягких тканей которых могут маскировать поражение НСП или общее крайне тяжелое состояние таких пациентов требует отсроченного хирургического лечения до их стабилизации [McKennaK. et al., 1992; WillisR., KahnS., 2017]. Следует отметить, что травматическое смещение костных отломков НСП с нарушением целостности кожного покрова с последующим его фиброзированием приводит не только к стойкому снижению слуха, но и в 95% — образованию холестеатомы [LesinskasE. et al., 2002; Lin H. et al., 2020].

Длительная тампонада или стентирование НСП в ранние сроки после травмы необходимы в целях профилактики стеноза и снижения риска образования холестеатомы [McKennaK. et al., 1992; Lin H. et al., 2020]. В случае образования

вторичной атрезии в обязательном порядке необходимо проведение хирургического лечения с иссечением фиброзной ткани, расширением НСП и восполнением утраченного кожного покрова с дальнейшим проведением мероприятий, направленных на профилактику рестенозирования [Еремин С. А., 2019; Becker В., 1998].

Цель исследования. Оценка эффективности хирургического лечения пациентов с посттравматическим стенозом НСП и профилактики рестеноза.

Материалы и методы. На базе института за период 2024–2025 гг. выполнено обследование и хирургическое лечение 9 пациентов с тотальной или субтотальной посттравматической фиброзной атрезией НСП, сочетанной с ЧМТ и костно-травматическими повреждениями челюстно-лицевой области различного срока давности. Средний возраст пациентов составил $43 \pm 5,1$ года. Все пациенты предъявляли жалобы на сниженный слух, у 3 — периодическое отделяемое из уха. Больным проведено аудиологическое обследование и КТ височных костей. 4 пациентам в ранние сроки после получения травмы при формирующейся атрезии НСП выполнялась длительная тампонада или стентирование НСП силиконовой трубкой. Всем пациентам в сроки от 6 до

12 мес. выполнено расширение костного отдела НСП с помощью бора и пластика кожными лоскутами с последующей длительной (4–6 недель) тампонадой НСП с периодической их сменой. В послеоперационном периоде в течение 10 дней пациенты получали местную антибактериальную терапию. Срок наблюдения пациентов составил 12 месяцев.

Результат исследования. Снижение слуха II степени по кондуктивному типу диагностировано у 5 пациентов, смешанная тугоухость III степени — у 4. По данным КТ височных костей выявлена тотальная или субтотальная атрезия НСП, протяженностью от 3 до 8 мм. Интраоперационно обнаружены причины возникновения холестеатомы при посттравматической атрезии: ущемление эпителия на линии перелома костных стенок НСП и миграция кожи за пределы НСП. В ранние сроки после травмы (4 больных) отмечалась

лишь частичная фиброзная атрезия НСП, но не холестеатома. Рецидив атрезии НСП наблюдался лишь у 1 больного через 8 месяцев после операции, не посещавшего ЛОР-врача в течение этого времени.

Выводы. Ранняя профилактика стеноза НСП после травматического повреждения его костного и/или хрящевого отделов основана на грамотном проведении первичной хирургической обработки раны с тампонадой или стентированием НСП. Стеноз НСП имеет абсолютные показания к проведению каналоластики. Объем хирургического лечения посттравматических атрезий НСП прежде всего зависит от длительности стеноза, степени повреждения костных стенок НСП и структур среднего уха.

Профилактикой развития рестеноза НСП является длительное послеоперационное наблюдение за больными.

Влияние экологических аспектов на эффективность лечения ринитов в реальных условиях Республики Дагестан

Ю. А. Джамалудинов¹, Ю. М. Атаева², П. Д. Джамалудинова³, А. Р. Алиева⁴

^{1,2,3,4} *Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала, Российская Федерация*

The influence of environmental aspects on the effectiveness of rhinitis treatment in real conditions of the Republic of Dagestan

Yu. A. Dzhamaludinov¹, Yu. M. Ataeva², P. D. Dzhamaludinova³, A. R. Alieva⁴

^{1,2,3,4} *Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russian Federation*

Аллергический ринит (АР) представляет собой глобальную медико-социальную проблему с сохраняющейся высокой распространенностью. Согласно последним данным, частота встречаемости АР в мире составляет 4–40%, в России — 15–26%. Особую актуальность проблеме придает ассоциация АР с бронхиальной астмой, которая выявляется у 20–45% пациентов с ринитом. Мониторинг заболеваемости в Российской Федерации выявляет разнонаправленные тенденции в разных регионах, что требует изучения региональных особенностей течения и лечения заболевания. Республика Дагестан представляет особый интерес для исследования в связи с уникальными климато-географическими условиями и демонстрирует рост заболеваемости АР на 36%

за последние годы, в то время как в целом по РФ отмечается снижение показателей.

Цель. Комплексная оценка влияния экзогенных (природно-климатических, антропогенных) и эндогенных (демографических, половозрастных) факторов на эффективность терапии различных фенотипов ринита в реальной клинической практике на территории Республики Дагестан.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 220 655 случаев ринитов, зарегистрированных в базе данных Территориального ФОМС РД за 2014–2018 гг. Диагнозы верифицированы по МКБ-10: J30.1–J30.4 (АР), J30.0 (вазомоторный ринит), J31.0 (хронический ринит), J00 (острый назофарингит), J31.1 (хронический назофарингит). Территория Республики райони-

рована на 4 экологические зоны: равнинная (до 500 м), предгорная (500–1000 м), внутригорная (1500–2500 м) и высокогорная (свыше 2500 м). Города разделены на приморские и неприморские.

Исходы лечения классифицированы согласно Приказу ФФОМС России на положительные, нейтральные и отрицательные. Статистический анализ проведен с использованием критерия хи-квадрат, дисперсионного анализа и порядкового логистического регрессионного анализа.

Результаты. В структуре ринитов острый назофарингит составил 55%, вазомоторный ринит — 18,1%, аллергический ринит — 14,3%, хронический ринит — 10,6%, хронический назофарингит — 1,9%. Анализ эффективности лечения выявил статистически значимые различия между нозологическими формами. Наименьшая доля положительных исходов зафиксирована при АР ($90,5 \pm 3,2\%$), наибольшая — при хроническом рините и остром назофарингите (по $96,3\%$). Выявлены значительные различия в эффективности лечения между городской и сельской местностью. Показатель положительных исходов при всех фенотипах ринитов был достоверно выше в сельской местности ($97,8 \pm 1,7\%$ против $87,9 \pm 1,9\%$ в городах; $p < 0,001$). Наиболее выраженные различия отмечены при АР: в селах по-

ложительный исход достигнут в 98,7% случаев, в городах — лишь в 76,2%.

Детальный анализ по экологическим зонам выявил наивысшие показатели эффективности лечения в высокогорных и внутригорных районах (до $99,8 \pm 0,2\%$). Обнаружен выраженный «приморский фактор»: жители неприморских городов демонстрировали значительно лучшие результаты лечения по сравнению с жителями приморских городов. Различие было особенно значимым при АР: доля положительных исходов в неприморских городах составила $96,9 \pm 2,8\%$, в приморских — $65,6 \pm 4,8\%$.

Выводы

Эффективность терапии ринитов существенно зависит от экологических условий места проживания пациента, демонстрируя наилучшие результаты в сельской и высокогорной местности.

Аллергический ринит является наименее управляемой формой заболевания с самой низкой долей положительных исходов лечения.

Выявленный «приморский фактор» свидетельствует о необходимости специальных подходов к лечению ринитов у жителей приморских городов.

Полученные результаты обосновывают необходимость разработки региональных адаптированных клинических рекомендаций по лечению ринитов с учетом экологических особенностей.

Наш опыт эндоскопического ассистирования при закрытых операциях на ухе

Х. М. Диаб¹, А. С. Юнусов², А. И. Буряев³, В. А. Сайдулаев⁴, В. П. Шпотин⁵, К. М. Мухтаров⁶

1,2,3,4,5,6 Астраханский филиал, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Астрахань, Российская Федерация

Our experience of endoscopic assistance in canal wall up otosurgeries

Kh. M. Diab¹, A. S. Yunusov², A. I. Buraev³, V. A. Saidulaev⁴, V. P. Shpotin⁵, K. M. Mukhtarov⁶

1,2,3,4,5,6 Astrakhan branch, National Medical Research Center of Otolaryngology of the FMBA of Russia, Astrakhan, Russian Federation

Введение. В настоящее время отохирурги придерживаются двух основных методов санирующих операций: закрытая техника (canal wall up) и открытая техника (canal wall down). Преимущества и недостатки каждого из методов остаются дискуссионными. Причиной снижения эффективности хирургического лечения нередко являются рекуррентная и резидуальная холестеатомы. В настоящее время при проведении оперативных вмешательств на среднем ухе стали использовать эндоскоп, что позволяет визуализировать все труднодоступные участки и получать хорошие клинично-анатомические результаты.

Цель исследования. Проанализировать клинично-анатомическую и функциональную эффективность эндоскопического ассистирования при закрытых операциях на ухе у больных эпитимпанитом.

Материалы и методы. В исследование включено 27 больных эпитимпанитом, 16 мужчин (59%) и 11 женщин (41%), средний возраст которых составил 34 года. Всем пациентам выполнена санирующая операция на среднем ухе закрытым методом. Операция проводилась под общей анестезией заушным доступом, в объеме отдельной

антромастоидотомии, при необходимости дополненной задней тимпанотомией. Для визуализации труднодоступных участков были использованы отоскопы 90 мм, 0°, 45°.

Результаты. После микроскопического удаления холестеатомы, для визуализации труднодоступных участков, была применена эндоскопия, что позволило выявить: у 7(26%) пациентов грануляционную ткань с участками холестеатомы в гипотимпануме, у 11(41%) пациентов холестеатому, распространяющуюся в барабанный и лицевой синусы, и у 9(33%) пациентов — холестеатому, прорастающую в надтрубный карман, а также грануляционную ткань в области устья слуховой трубы. Важно отметить, что под хирургическим микроскопом данные участки не были полностью визуализированы, что является фактором риска развития резидуальной холестеатомы.

Выводы. Эндоскопическое ассистирование при закрытых санирующих операциях позволяет провести ревизию труднодоступных участков среднего уха и качественную санацию его полостей. При этом эндоскоп является дополнительным инструментом для отохирурга, а не самостоятельной хирургической техникой.

Опыт применения стеклоиономерного цемента в реконструкции длинного отростка наковальни

Х. М. Диаб¹, В. А. Сайдулаев², В. П. Шпотин³, И. Д. Мухмадов⁴, М. М. Бурзаханов⁵

1,2,3,4,5 Астраханский филиал, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Астрахань, Российская Федерация

Our experience in the use of glass ionomer cement for reconstruction of the long process of the incus

Kh. M. Diab¹, V. A. Saidulaev², V. P. Shpotin³, I. D. Mukhmadov⁴, M. M. Burzakhanov⁵

1,2,3,4,5 Astrakhan Branch of National Medical Research Center of Otorhinolaryngology FMBA of Russia, Astrakhan, Russia

Введение. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) остается одной из ведущих причин кондуктивной тугоухости, связанной в некоторых случаях с деструкцией слуховых косточек, в частности длинного отростка наковальни. В последние десятилетия стеклоиономерные цементы (СИЦ) нашли применение в отохирургии благодаря биосовместимости и высоким адгезивным свойствам. По сравнению с протезами слуховых косточек, СИЦ более доступен, экономичен и характеризуется минимальным риском смещения в барабанной полости.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения стеклоиономерного цемента для реконструкции длинного отростка наковальни у пациентов с ХГСО.

Материалы и методы. В исследование включены 11 пациентов (7 мужчин, 4 женщины) в возрасте 12–58 лет (средний возраст — 37 лет). Критерии включения: ХГСО в стадии ремиссии, центральная перфорация барабанной перепонки, кондуктивная тугоухость, дефект длинного отростка наковальни не более $\frac{1}{3}$ длины. Операции выполняли под наркозом, использовали заушный

доступ. Головку стремени и длинный отросток наковальни освобождали от патологических тканей, проводили гемостаз. СИЦ наносили на дефект, выдерживали 10 минут до полимеризации и проверяли подвижность реконструированной цепи. Заключительным этапом выполняли мирингопластику с закрытием перфорации барабанной перепонки аутофасциальным трансплантатом.

Результаты. Средний уровень воздушного звукопроводения (ВЗП) до операции составлял $43,27 \pm 6,81$ дБ. Через 1 месяц ВЗП снизился до $32,09 \pm 6,17$ дБ ($p < 0,001$), а через 6 месяцев — до $27,82 \pm 6,52$ дБ ($p < 0,001$). Костно-воздушный интервал уменьшился с $39,73 \pm 8,14$ до $28,36 \pm 6,92$ дБ через 1 месяц и до $24,27 \pm 6,19$ дБ — через 6 месяцев ($p < 0,001$). Через 10 дней после операции 9 пациентов (82 %) отметили субъективное улучшение слуха; через 6 месяцев улучшение слуховой функции подтвердили все пациенты.

Выводы. Применение СИЦ для реконструкции длинного отростка наковальни у пациентов с ХГСО является эффективным методом, обеспечивающим улучшение слуха в отдаленном послеоперационном периоде.

Причины неудовлетворительных результатов тимпаноластики

Х. Диаб¹, В. А. Сайдулаев², А. С. Юнусов³, И. Д. Мухмадов⁴, В. П. Шпотин⁵, М. М. Бурзаханов⁶

1,2,3,4,5,6 Астраханский филиал, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Астрахань, Российская Федерация

Reasons for unsatisfactory results of tympanoplasty

Kh. Diab¹, V. A. Saidulaev², A. S. Yunusov³, I. D. Mukhmadov⁴, V. P. Shpotin⁵, M. M. Burzakhanov⁶

1,2,3,4,5,6 Astrakhan Branch, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, Federal Medical Biological Agency of Russia, Astrakhan, Russian Federation

Тимпаноластика является основным методом лечения туботимпанальной формы хронического гнойного среднего отита ХГСО. По разным данным отечественных и зарубежных авторов, эффективность тимпаноластики составляет 43–98%. Изучение факторов, снижающих качество оперативного лечения ХГСО, и поиск способов их устранения являются актуальными задачами в отоларингологии.

Цель исследования. Проанализировать причины неудовлетворительных результатов у пациентов, перенесших тимпаноластику.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 30 пациентов, госпитализированных на повторную тимпаноластику. Изучены клинические данные, результаты компьютерной томографии височных костей и тональной пороговой аудиометрии. Всем пациентам выполнена повторная тимпаноластика, проанализированы интраоперационные находки.

Результаты. Все пациенты (30 человек) отмечали незначительный эффект или отсутствие эффекта после ранее выполненной тимпаноластики. У 5 госпитализированных (17%) визу-

ализировался дефект барабанной перепонки в её передних квадрантах, у 4 (13%) — втянутость нео-тимпанальной мембраны.

Интраоперационно в 20% случаев (6 больных) были обнаружены грубые рубцовые изменения между промоториумом и неотимпанальной мембраной. У 3 пациентов (10%) выявлена резидуальная холестеатома, вызвавшая деструкцию слуховых косточек.

В 17% случаев причиной рецидива являлось смещение хрящевого аутооттрансплантата, использованного для закрытия дефекта в барабанной перепонке. У 7 пациентов неудовлетворительный результат тимпаноластики связан с отторжением аутооттрансплантата, при чем 5 из них страдали сахарным диабетом.

Заключение. Таким образом, неудовлетворительные результаты тимпаноластики преимущественно связаны с измененной регенерацией (рубцы, грануляции, отторжение), перфорацией неотимпанальной мембраны и сопутствующей патологией. Поиск способов минимизации влияния этих факторов улучшит результаты оперативного лечения.

Хирургическая клеточная аутотрансплантация адипоцитов и гиалуроновой кислоты в аугментации голосовой складки при одностороннем параличе гортани

О. В. Елисеев¹, Д. И. Курбанова², С. Г. Романенко³, О. Г. Павлихин⁴, Е. В. Лесогорова⁵,
Е. А. Теплых⁶, В. А. Землянов⁷

1,2,3,4,5,6,7 Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

The effectiveness of vocal fold medialization in unilateral laryngeal paralysis using surgical cell autotransplantation of adipocytes and hyaluronic acid in the long term

O. V. Eliseev¹, D. I. Kurbanova², S. G. Romanenko³, O. G. Pavlikhin⁴, E. V. Lesogorova⁵,
E. A. Teplykh⁶, V. A. Zemlyanov⁷

1,2,3,4,5,6 Sverzhhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow, Russian Federation

Актуальность. Инъекционная аугментация (медиализация) голосовой складки является одним из методов хирургического лечения пациентов с односторонними параличами гортани (ОПГ). При планировании операции следует обязательно учитывать антропометрические параметры пациента и положение парализованной голосовой складки. Операцию проводят под общей или местной анестезией. В парализованную голосовую складку вводят имплантат, содержащий адипоциты, различные биополимеры и другие материалы. Сведения о долгосрочной эффективности указанного метода в литературе различаются.

Цель исследования. Оценить эффективность инъекционной аугментации голосовой складки у пациентов с ОПГ различной этиологии.

Материалы и методы. В исследование включили 55 пациентов (43 женщины и 12 мужчин в возрасте от 28 до 75 лет, медиана – 44) с ОПГ, которым в связи с недостаточной эффективностью консервативной терапии и фонопедических занятий провели под наркозом эндоларингеальную инъекционную аугментацию парализованной голосовой складки: 1-я группа ($n = 35$) — при помощи клеточной аутотрансплантации адипоцитов и 2-я группа ($n = 20$) — инъекции имплантата, содержащего 2% гиалуроновую кислоту.

Обследование пациентов до операции и через 1, 6, 12 и 24 месяца после нее включало субъективную оценку голоса, видеоларингоскопию, оценку времени максимальной фонации (ВМФ), заполнение опросника VHI.

Результаты. При дооперационном обследовании степень охриплости по шкале Yanagihara варьировала от 2 до 4, при этом все пациенты отмечали неудовлетворительное качество голоса.

При видеоларингоскопии положение парализованной голосовой складки было интермедианное или латеральное, а голосовая щель при фонации — линейная — от 2 до 4,5 мм. Среднее значение ВМФ до операции составило 4 ± 1 с, средний балл VHI — $69,1 \pm 19,3$.

Через 1 месяц после операции у 32 пациентов (91%) 1-й группы и 18 пациентов (90%) 2-й группы отмечено восстановление голоса и полное смыкание голосовых складок при фонации при видеоларингоскопии. У 5 пациентов (3,9%), 1-й группы и 2 (10%) 2-й группы с изначальным латеральным положением голосовой складки сохранялась охриплость 1-й степени по Yanagihara и небольшая линейная щель при фонации при видеоларингоскопии.

При обследовании через 6 и 12 и 24 месяца после операции у 32 пациентов (91%) 1-й группы и 14 пациентов (70%) 2-й группы сохранялось полное смыкание голосовых складок при фонации при видеоларингоскопии и удовлетворительное качество голоса. Среднее улучшение баллов VHI после применения аутожира и имплантата гиалуроновой кислоты составило $26,7 \pm 11,78$ и $36,5 \pm 21,65$, соответственно, улучшение ВМФ — $9,5 \pm 3,53$ и $5,0 \pm 2,78$, соответственно. У 6 пациентов (30%) 2-й группы через 24 месяца после аугментации отмечено ухудшение голоса и увеличение размеров голосовой щели при фонации за счет частичного рассасывания имплантата.

Выводы. Инъекционная аугментация голосовой складки с применением различных материалов у пациентов с ОПГ является эффективным методом лечения, при этом в долгосрочной перспективе метод хирургической клеточной ауто-трансплантацией адипоцитов позволяет добиться наилучших результатов.

Биомеханика работы глоточного устья слуховой трубы и роль его нарушений в развитии экссудативного среднего отита

О. А. Емельяненко¹, Т. В. Золотова², Е. К. Мелоян³

^{1,3} Центральная городская больница им. Н. А. Семашко, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Biomechanics of the pharyngeal opening of the auditory tube and the role of its disorders in the development of exudative otitis media

O. A. Emel'yanenko¹, T. V. Zolotova², E. K. Meloyan³

^{1,3} Semashko Central City Hospital, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Введение. ЭСО — полиэтиологическое заболевание, причины которого пока не до конца понятны. Сочетание вялотекущего воспалительного процесса слизистой оболочки среднего уха с дисфункцией слуховой трубы, является наиболее вероятной причиной развития ЭСО. В случаях резкого перепада давления слуховая труба выполняет роль «аварийного клапана», что позволяет «нагнетать» или «выкачивать» воздух из пространства среднего уха в соответствии с потребностями. Слуховая труба — анатомически сложный канал, соединяющий барабанную полость с носоглоткой. Полагают, что фиброзно-хрящевая часть осуществляет активную функцию слуховой трубы, эта часть имеет различную длину и неправильную «мешкообразную» форму за счет «куполообразного» хряща, связок, жировых тел Остмана и мышц глотки, окружающих глоточное устье слуховой трубы. Нейромышечный аппарат (НМА) слуховой трубы — это система мышц мягкого неба и глотки, таких как мышца, напрягающая небную занавеску, мышца, поднимающая небную занавеску, трубоглоточные мышцы и проприоцептивный аппарат, обеспечивающий мышечную координацию глоточного устья слуховой трубы. В норме просвет перепончато-хрящевой части слуховой трубы обычно закрыт из-за давления в окружающих тканях, поэтому важным является исследование нарушений работы НМА слуховой трубы при развитии ЭСО.

Цель. Исследование работы НМА слуховой трубы у пациентов с ЭСО.

Материалы и методы. Объект исследования — пациенты с ЭСО, находящиеся на стационарном лечении в ЛОР-стационаре — 110 человек от 5 до 17 лет. Обследование, кроме клинических и аудиометрических методов, включало хронаксиметрическую электродиагностику НМА глотки и слуховой трубы, которая проведена 91 ребенку.

Результаты и обсуждение. По результатам обследования у 56 детей из 91 обследованного (61,5%) было обнаружено нарушение НМА слуховой трубы — время хронаксии составило более 1 мс. Этим пациентам назначали лечение с помощью индивидуально подобранной схемы электростимуляции НМА слуховой трубы. У 35 детей не было нарушения НМА слуховой трубы, этим пациентам назначали другие консервативные методы или хирургическое лечение.

Заключение. Дисфункция слуховой трубы играет важную роль в формировании ЭСО. Нарушение работы нейромышечного аппарата слуховой трубы ведет к ее дисфункции и нарушению ее нагнетательной способности, нарушению лимфодренажа в области глоточного устья слуховой трубы и как следствие длительно протекающих воспалительных процессов. Хронаксиметрическая электродиагностика дает возможность зафиксировать факт нарушения работы НМА слуховой трубы и разработать индивидуальный план консервативного лечения, направленный на восстановление работы нейромышечного аппарата с последующим контролем динамики лечения.

Санаторно-курортное лечение пациентов разного возраста с головной болью разного генеза в санаториях Республики Крым

М. А. Завадская¹, А. В. Завадский²

^{1,2} Кафедра оториноларингологии ОТКЗ Медицинский институт им. С. И. Георгиевского, Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Sanatorium-resort treatment of patient of different ages with headache of various origins in the sanatoriums of the republic of crimea

M. A. Zavadskaya¹, A. V. Zavadskii²

^{1,2} Georgievsky Medical institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

По данным различных авторов, санаторно-курортное лечение больных разного возраста является заключительным и эффективным этапом лечения после лечения в лечебных учреждениях по месту жительства.

Цель и задачи исследования. Разработать диагностику и провести курс реабилитационного лечения пациентов разного возраста с первичными и вторичными головными болями, связанными с хроническим риносинуситом, изучить отдаленные результаты лечения.

Пациенты и методы. Поступившим 130 детским и 100 взрослым пациентам в санатории г. Евпатория проведено обследование и затем, на его основе от выявленной интенсивности и частоты головной боли, проведен дифференцированный курс реабилитационного лечения. Учитывалось наличие комфортного климатического оптимума и щадящего режима дозирования процедур.

Пациенты детского возраста в группах наблюдения (основная) получали дифференцированный реабилитационный курс санаторно-курортного лечения, включающий лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, гелиотерапию, талассотерапию, электросонтерапию, заканчивая аэротерапией. 22 пациентам детского возраста группы наблюдения с частой ГБН дополнительно с психологом проводились сеансы музыкотерапии. В группе с вторичными головными болями при хроническом риносинусите в стадии ремиссии пациенты дополнительно получали тепло-влажные ингаляции через нос с минеральной водой «Евпаторийская» со 2-го по 11-й день, галоаэро-

зольтерапию с 12-го по 21-й день и ежедневно по окончании лечебной гимнастики выполняли упражнения для мышц мягкого неба (кинезитерапию). В контрольных группах пациенты получали стандартную санаторно-курортную терапию, включающую климатолечение, ЛФК в группе, диетотерапию, синглетно-кислородный коктейль, процедуры в камере искусственного микроклимата, массаж воротниковой зоны.

Взрослые пациенты 1-й группы наблюдения (основной) получали дифференцированный реабилитационный курс санаторно-курортного лечения, пациенты 2-й группы наблюдения, с первичной частой эпизодической головной болью напряжения средней и высокой степени выраженности тревоги, получали одновременно дополнительно препарат Селанк. В 3-й контрольной группе пациенты получали стандартную санаторно-курортную терапию.

Результаты. Проведенное при выписке повторное обследование показало, что при проведении дифференцированного реабилитационного курса головные боли развились у 14 пациентов детского возраста из 130. У пациентов взрослого возраста — у 23 из 100. Через 1 год при обследовании выявлено, что головные боли развились у 3 пациентов детского возраста и у 6 взрослых.

Выводы. Изучение данных проведенного санаторно-курортного курса и отдаленных результатов лечения головных болей у пациентов разного возраста и разного генеза указывают на важность первичной диагностики при поступлении в санаторий, на его эффективность.

Дифференциальная диагностика опухолеподобных заболеваний глотки.

Клинический случай

М. А. Завалий¹, Т. М. Куц², А. А. Куц³

^{1,2,3} Медицинский институт имени С. И. Георгиевского,
Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Differential diagnostics of tumor-like diseases of the pharynx. Clinical case

М. А. Zavalii¹, Т. М. Kuts², А. А. Kuts³

^{1,2,3} Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

Дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных образований лимфоглоточного кольца с опухолеподобными заболеваниями является актуальной проблемой современной оториноларингологии. К доброкачественным образованиям миндалин относятся полипы, лимфангиомы, а также гиперплазия лимфоидной ткани. Основная задача диагностики — исключить злокачественные процессы, такие как лимфома или карцинома, а также специфические воспалительные заболевания и гранулематозные процессы. Дифференциальная диагностика доброкачественных образований миндалин основывается на клинических, гистологических данных и результатах инструментальных исследований. В отличие от злокачественных процессов, доброкачественные образования часто проявляются как бессимптомные, медленно растущие, односторонние или двусторонние образования с гладкой или бугристой поверхностью, без признаков инфильтрации окружающих тканей, регионарной лимфаденопатии или системных симптомов (лихорадка, потеря веса, ночная потливость). Гистологическое исследование является ключевым методом верификации диагноза.

Учитывая, что диагностика доброкачественных образований глотки как правило, вызывает затруднения из-за часто нетипичной клинической картины, целью работы было представить дифференциально-диагностический алгоритм на примере клинического случая доброкачественного образования небной миндалины.

В ноябре 2024 г. пациентка К., 32 лет, обратилась в частном порядке к оториноларингологу с жалобами на изменение звучности голоса, затруднение глотания. Учитывая, что данные жалобы начали беспокоить пациентку остро, около 10 дней, а при орофарингоскопии визуализировалась гипертрофированная правая небная миндалина размером до 6 см, пациентке был выставлен диагноз «острый инфекционный тонзиллит» и назначена антибактериальная терапия: Кларитромицин на 14 дней. Учитывая отсутствие положительной динамики, пациентка повторно обратилась к оториноларингологу в поликлинику

по месту жительства. Тщательно опросив пациентку, доктор установил, что асимметрия небных миндалин наблюдалась более 5 лет, а в последнее время отмечено значительное увеличение размера правой небной миндалины. При объективном осмотре: слизистая глотки розовая, зев симметричен, левая небная миндалина не выходит за пределы небных дужек, правая — 3-й степени гипертрофии, бледно-розовая, бугристая, структура лакун не прослеживается, видеориноскопия, ото-скопия и фиброларингоскопия — без особенностей, слуховая функция в норме. При пальпации регионарных лимфатических узлов патологических структур не выявлено. При ультразвуковом исследовании мягких тканей шеи патологических образований не выявлено. Учитывая односторонний процесс, неэффективность антибактериальной терапии и отсутствие реактивных воспалительных изменений, было заподозрено новообразование правой небной миндалины в связи с чем было проведено патогистологическое исследование (ПГИ). По данным ПГИ в материале биопсии выявлены фрагменты миндалины с покровом из многослойного плоского эпителия с картиной очаговой гиперплазии. Среди лимфоидной ткани отмечается выраженная гиперплазия, в том числе с изменениями герминативных центров с картиной выраженной лимфоидной пролиферации. Для дифференциальной диагностики с лимфопролиферативным заболеванием, рекомендовано проведение иммуногистохимического исследования (ИГХ). На основании результата ИГХ был выставлен диагноз гиперплазия небной миндалины. Пациентка была направлена на оперативное лечение. Послеоперационный период протекал без особенностей. По результату ПГИ операционного материала был подтвержден диагноз: «гиперплазия правой небной миндалины». Спустя 3 недели после оперативного лечения и в отдаленном периоде через 3 месяца пациентка не предъявляла жалоб, патологических образований при орофарингоскопии не выявлено.

Таким образом, для дифференциальной диагностики гиперплазии небной миндалины необходимы следующие методы диагности-

ки: тщательный сбор анамнеза, эндоскопический оториноларингологический осмотр, УЗИ-исследование мягких тканей шеи, гистологическое исследование измененных тканей, в том числе ИГХ-исследование. Анализ результа-

тов морфологической диагностики позволяет не только установить окончательный клинический диагноз, но и определить тактику лечения, а также оценить перспективу отдаленного послеоперационного периода.

История и современность полипозного риносинусита

М. А. Завалий¹, А. И. Музафарова²

^{1,2} Медицинский институт имени С. И. Георгиевского,

Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

History and modernity of polypous rhinosinusitis

M. A. Zavalii¹, A. I. Muzafarova²

^{1,2} Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

Полипозный риносинусит (ПРС) в настоящее время определяют как хронический гиперпластический воспалительный процесс, в основе которого лежит ремоделирование слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП), ведущее к образованию полипов.

История ПРС уходит на 4000 лет назад во времена Древнего Египта и это состояние, возможно, является древнейшей в истории болезнью, в которой известны имена пациента и врача. Заметные успехи в хирургии ПРС были достигнуты в Древней Греции и Европе эпохи Возрождения, но реального превращения носовой полипотомии из чрезвычайно болезненной и потенциально опасной процедуры в рядовую операцию не происходило до конца 19-го века. Значимый шаг в изучении и лечении этого заболевания был сделан в Греции и был связан с именем Гиппократ. Гиппократ полагал, что болезнь возникает из-за нарушения равновесия между четырьмя «элементарными жидкостями организма». Когда жидкости чрезмерно уплотнялись, это могло привести к развитию полипов. Эта теория была поддержана римскими врачами и фактически продержалась длительное время, о чем свидетельствует история болезни, записанная в 1591 г. Форестусом, который описал клинический случай пациентки с ПРС. Ее лечили удалением полипа и обработкой его культы купоросом. Позднее полипы носа рассматривались как опухоли. Клинические наблюдения показывали, что обычно эти образования имели доброкачественное течение. Так, в 1854 г. в руководстве «Хирургическая патология»

полипы носа классифицировались как доброкачественные волокнисто-клеточные опухоли.

Большой вклад в развитие хирургии ПРС внес Н. И. Пирогов, что нашло отражение в его труде «Полипозные наросты в носовой полости».

С развитием оториноларингологии как отдельной дисциплины на рубеже XIX и XX века и появлением возможности осветить носовую полость, хирургические вмешательства по удалению полипов стали осуществляться под контролем зрения. В этот период были предложены специальные проволочные петли различных моделей для удаления полипов — Brunings, Schmidt, Heymann, Zaufal, Frankel, Glegg, Beckmann, Krause и др. В конце XIX века появились разнообразные модели щипцов для удаления полипов в полости носа, некоторые из которых используются и поныне. Наибольшее распространение получили щипцы Heymann, Grunwald, режущий конхотом Hartmann, окончательный конхотом Brunings.

В 1994 г. группа ведущих специалистов по проблемам полипозного риносинусита выступила с программным заявлением, в котором на основании результатов исследований последних лет сделала вывод, что проблема полипозных риносинуситов должна рассматриваться скорее с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургического лечения (Position statement on nasal polyps, 1994). Было высказано мнение о том, что дальнейший прогресс будет связан с детальным изучением патогенеза и разработкой новых медикаментозных препаратов, а не с совершенствованием хирургической техники.

Первая консенсусная конференция по полипозным риносинуситам прошла в 2002 г. в Загребе (Хорватия). На ней было принято решение о создании международного общества, которое будет координировать дальнейшие исследования по изучению ПРС и проводить тематические конференции, целью которых будут являться достижения международного консенсуса по вопросам лечения. Создание такого консенсуса является делом не самого ближайшего будущего, так как патогенез заболевания по-прежнему большей частью не понятен, и существующие средства медикаментозного лечения позволяют лишь приостанавливать рост полипов, удлинять промежутки между рецидивами, но не излечивать заболевание полностью.

Существует множество теорий развития полипозного риносинусита, ведущими являются следующие:

1) многофакторная теория, предложенная С. В. Рязанцевым; в основе теории лежит принцип взаимодействия биологических дефектов и факторов внешней среды;

2) теория нарушения аэродинамики полости носа; согласно этой теории при нарушении архитектоники полости носа основная струя воздуха своим воздействием вызывает иммунологическую перестройку структуры слизистой оболочки;

3) в теории, связанной с аллергическими факторами, рассматривается связь между ПРС и различными типами аллергических реакций, в частности с реакцией гиперчувствительности на бактериальные антигены; однако этиологическую роль IgE-зависимой аллергии в развитии назальных полипов до сих пор не удалось достоверно доказать;

4) при влиянии генетических факторов взаимодействие организма с внешней средой запускает определенные эпигенетические механизмы, способные активировать или инактивировать работу генов, впоследствии играющих роль в формировании патологических состояний;

5) аспириновая триада или аспирин индуцированное респираторное заболевание (АИРЗ) представляет собой сочетание бронхиальной астмы, назальных полипов и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и/или других НПВС, заболевание известно и под другими названиями: синдром (болезнь) Самтера, аспириновая астма; к развитию этого состояния приводят изменения

в метаболизме арахидоновой кислоты, которые вызывают дисбаланс между провоспалительными и противовоспалительными факторами, что выражается в перепроизводстве цистеиниловых лейкотриенов и недостаточной выработке простагландина E₂.

В современных условиях стремительное развитие получили хирургические технологии в лечении ПРС. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства является применение функциональной эндоскопической риносинусохирургии (FESS), который предусматривает восстановление носового дыхания, проходимости естественных соустьев, максимальное сохранение анатомических структур ОНП и неизмененных участков слизистой оболочки. Данный подход позволяет получить результат более высокого уровня и более продолжительную ремиссию заболевания, но не дает возможность гарантированно прекратить рост полипов.

Консервативное лечение в настоящее время имеет четкую патогенетическую направленность. Интраназальные кортикостероиды (ИНКСТ) в форме назальных спреев при ограниченном полипозе в качестве базовой терапии имеют выраженный положительный эффект. При недостаточной эффективности ИНКСТ применяют кортикостероиды системного действия короткими курсами. Обычно в таком лечении нуждаются пациенты с ПРС и с гиперреактивностью бронхов, бронхиальной астмой, непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов. Широко применяются препараты блокаторов лейкотриеновых рецепторов в качестве дополнительного лечения или при непереносимости кортикостероидов, а также при рефрактерном течении ПРС, устойчивого к действию кортикостероидов. Важно отметить, что современной стратегией лечения пациентов с тяжелым неконтролируемым полипозным риносинуситом является биологическая терапия. Она открывает новые возможности для долгосрочного контроля над заболеванием, позволяет снизить выраженность симптомов у самых тяжелых пациентов.

Таким образом, накопленные исторический опыт и знания, современные методы диагностики и патогенетический подход в консервативных методах лечения открывают новые горизонты в решении актуальной проблемы медицины — полипозного риносинусита.

Клиническое значение взаимосвязи хронического тонзиллита с другими заболеваниями

М. А. Завалий¹, Д. М. Кедровский²

^{1,2} Медицинский институт имени С. И. Георгиевского,
Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Clinical significance of the relationship between chronic tonsillitis and other diseases

M. A. Zavaliy¹, D. M. Kedrovskii²

^{1,2} Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

В слизистой оболочке полости рта присутствует скопление лимфоидной ткани, выполняющее защитную функцию. Наиболее важными из них являются небные миндалины, которые имеют множество патогенетических связей с различными органами и системами. Учитывая их значительное влияние на состояние здоровья организма в целом, необходимо уделять особое внимание изучению развития коморбидных заболеваний у пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом (ХТ). Высокий уровень заболеваемости хроническим тонзиллитом определяет актуальность разработки данного научного направления. При наличии у одного пациента двух и/или более заболеваний, которые имеют патогенетическую взаимосвязь, их принято считать коморбидными.

К формированию патологического процесса в миндалинах приводят различные факторы и их комбинации. Так, известно, что при наличии хронического процесса в миндалинах запускаются процессы апоптоза лимфоцитов, развивается дисбаланс между разными классами иммуноглобулинов: IgA, sIgA, IgM, IgG, провоспалительных цитокинов (интерлейкин (ИЛ)-1 β , ИЛ-10, ИЛ-8, ИЛ-17, ФНО- α) и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-19, трансформирующий фактор роста- β 1). Очаг хронического процесса в миндалинах может оказывать влияние на организм гематогенным, лимфогенным, нервно-рефлекторными взаимосвязями и действием инфекционно-аллергических факторов иммуноопосредованными путями, что приводит к возникновению аутоиммунных и аллергически опосредованных реакций. Аfferентная и эfferентная иннервация между ветвями V, IX, X ЧМН, крылонебного и шейного симпатического сплетений составляют нервно-рефлекторный механизм. Патологический процесс в небных миндалинах нарушает преимущественно аfferентную часть, которая обеспечивает нервно-рефлекторные взаимосвязи.

Немаловажную роль оказывает иммуноопосредованный механизм в патогенезе связанных с ХТ заболеваний. Вследствие персистенции микроорганизмов происходит запуск аутореак-

тивных процессов и образование аутоантител. Образованные иммунные комплексы приводят к повреждению тканей организма и развитию коморбидной патологии. Кроме того, лимфогематогенные связи небных миндалин с другими органами на уровне межклеточных отношений, заложенные в онтогенезе, способствуют бактериемии, токсемии вследствие ретроградного медиастино-кардиального лимфотока. Отмечается нарушение функции гипоталамуса с нарушением функции регуляции сердечной деятельности, обменных процессов, терморегуляции, активности врожденного и приобретенного иммунитета у пациентов с хроническим тонзиллитом. По данным литературы научно обоснованными являются этиопатогенетические взаимосвязи ХТ с заболеваниями, ассоциированными с БГСА-тонзиллитом, к которым относятся острая ревматическая лихорадка и постстрептококковый гломерулонефрит.

К кардиологическим коморбидным заболеваниям относят хроническую ревматическую болезнь сердца, инфекционный эндокардит, миокардит, кардиомиопатия, перикардит, вследствие прямого действия микробных токсинов или посредством сенсибилизации к продуктам белкового распада микроорганизмов с последующим образованием антител. Тонзиллокардиальный рефлекс заключается в появлении изменений на электрокардиограмме в виде синусовой тахикардии, экстрасистолии, брадикардии, которые возникают в результате любого раздражения (охлаждения, давления, укола) лимфоидной ткани лимфоглоточного кольца.

У больных псориазом часто встречается патология небных миндалин и отмечается четкая связь между активностью процесса псориазических проявлений и обострением ХТ. Хроническая стимуляция миндалин чужеродными антигенами влияет на возникновение IgA-нефропатии. Частой манифестацией ГЭРБ со стороны глотки является хронический тонзиллит.

Астенический синдром с характерными проявлениями в виде снижения тонуса мышечной системы, повышенной утомляемостью, наруше-

ниями сна, общей слабостью, является одним из проявлений ХТ. Эти состояния реализуются за счет вегетососудистых и нейроэндокринных дисфункций нервной системы.

Для врача-оториноларинголога необходимо четко осознавать, что при любой форме хронического процесса в небных миндалинах отмечается угнетение гуморального и клеточного звеньев иммунной системы организма. Нарушения носового дыхания приводят к снижению функциональной активности небных миндалин, что усугубляет характер течения хронического процесса и приводит к стойкому снижению иммунного ответа организма в целом. В то же время, лечение патологии в носовой полости приводит к восстановлению показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета у пациентов с ХТ и способствует улучшению прогноза консервативного лечения ХТ.

Проведенные исследования подтверждают, что при нормализации и/или стабилизации ряда показателей общего, биохимического и иммунологических анализов крови у пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух

после проведенной терапии улучшаются показатели функционального резерва небных миндалин. Это в дальнейшем приводит к отсутствию или снижению частоты рецидивов хронического тонзиллита и тем самым уменьшает прогрессирование хронического заболевания с поражением внутренних органов и систем организма. Следовательно, у пациентов с хроническим тонзиллитом сопутствующей патологией в полости носа следует проводить комплексное обследование и лечение с учетом коморбидных состояний.

Заключение. Хронический тонзиллит является высоко коморбидным заболеванием. Именно поэтому оториноларингологу важно знать о наличии причинно-следственных связей патологии небных миндалин с сопутствующей патологией. Полноценно проводя сбор анамнеза и тщательный объективный осмотр, применяя дополнительные методы исследования и консультации смежных специалистов, появляется возможность повысить раннюю первичную диагностику коморбидной патологии, что даст возможность проводить адекватный комплекс лечения у пациентов с хроническим тонзиллитом.

Эпидемиология заболеваний гортани на фониатрическом приеме: сравнительный анализ данных 1988–1990 и 2019–2024 годов

В. А. Землянов¹, Д. И. Курбанова², С. Г. Романенко³, О. Г. Павлихин⁴, Е. В. Лесогорова⁵, О. В. Елисеев⁶, Е. А. Теплых⁷, Е. Н. Красильникова⁸, Е. А. Сафьянникова⁹

1,2,3,4,5,6,7,8,9 Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского, Москва, Российская Федерация

Epidemiology of laryngeal diseases at a phoniatic appointment: a comparative analysis of data from 1988–1990 and 2019–2024

V. A. Zemlyanov¹, D. I. Kurbanova², S. G. Romanenko³, O. G. Pavlikhin⁴, E. V. Lesogorova⁵, O. V. Eliseev⁶, E. A. Teplykh⁷, E. N. Krasil'nikova⁸, E. A. Saf'yannikova⁹

1,2,3,4,5,6,7,8,9 Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Изучить изменения в структуре патологических состояний гортани у пациентов, обратившихся на прием к фониатру с жалобами на охриплость за период 1988–1990 гг. в консультативно-диагностическое отделение МНИИ уха, горла и носа МЗ РФ за 2019–2024 гг. и в консультативно-диагностическое отделение № 1 НИКИО им. Л. И. Свержевского.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов,

обратившихся к фониатру с жалобами на плохое качество голоса за два временных периода: 1988–1990 и 2019–2024 годы. Патология гортани была представлена следующими нозологиями: хронический катаральный ларингит (ХКЛ), хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ), хронический отечно-полипозный ларингит (ХОПЛ), хронический атрофический ларингит (ХАЛ), функциональные дисфонии, параличи и парезы гортани, а также доброкачественные новообра-

зования гортани. Данные классифицировали по нозологии, возрасту и полу с применением методов описательной статистики и сравнительного анализа.

Результаты. За период 1988–1990 гг. было зарегистрировано, в среднем 2285 обращений в год, тогда как в 2019–2024 гг. — 3161. Таким образом, за 35-летний период наблюдается рост обращаемости на 38,33%. Чаще на прием к фониатру обращаются женщины — среднее значение 72,9% (1714 случая) в 1988–1990 гг. и 61,5% (1943 случая) в 2019–2024 гг.

Доля хронических ларингитов выросла в 3 раза, и в настоящее время они заняли лидирующее положение в структуре патологии гортани, их относительная доля увеличилась с 21,% (495 случая) в 1988–1990 гг. до 66,9% (2115 случаев) в 2019–2024 гг. Доля ХКЛ в структуре всех хронических ларингитов увеличилась с 45,4 до 62,6%, доля ХГЛ уменьшилась с 32,29 до 18,25%, ХОПЛ стабильно встречается в 16–17% случаев хронического ларингита, а доля ХАЛ уменьшилась с 6,26 до 1,7%. Средний возраст пациентов с ХКЛ и ХГЛ увеличился за прошедшие 35 лет — максимальная частота их встречаемости сместилась из возрастной группы 45–59 лет в группу 60–74 лет.

Функциональные дисфонии в 1988–1990-е годы занимали значимую долю в структуре патологий гортани — 31,2% (748 случаев), тогда как в 2019–2024-е годы выявлено устойчивое снижение их доли до 13,2% (418 случаев), при этом наиболее выраженная разница отмечена в возрастной группе 18–29 лет — с 22% в 1989 г. до 6,5% в 2024 г.

Отмечается снижение на 35,4% общего числа выявленных параличей и парезов гортани с 322 случаев в 1990 г. до 208 в 2024 г. Наиболее выраженная динамика наблюдается в возрастной группе 30–44 года, где снижение составило 80,5% (с 82 до 16 случаев), в группе 45–59 лет — снижение на 50,8% (со 130 до 64 случаев). Напротив, в группе 60–74 года отмечен рост числа случаев на 39,5% (с 76 до 106 случаев). Соотношение женщин и мужчин в 1990 г. составило 2,1:1, в

2024 г. — 1,7:1. В группе 30–44 года отмечено наиболее значимое снижение числа случаев среди женщин — с 67 до 11 (снижение на 83,6%).

Среди доброкачественных образований гортани наиболее часто встречали полипы голосовых складок — 439 случаев в 1990 г. против 201 случая в 2024 г. (снижение на 54,2%). Интересно изменение возрастной структуры заболевания: если в 1990 г. пик приходился на возраст 45–59 лет, то в 2024 г. наблюдается равномерное распределение по возрастным группам с некоторым смещением в сторону более молодых.

Узелки голосовых складок в 1988–1990 гг. встречались почти в 3 раза чаще, чем в 2019–2024 гг. (в среднем — 170 случаев против 61). Наиболее выраженное уменьшение частоты встречаемости среди женщин трудоспособного возраста — в группе 30–44 года с 78 до 15 случаев (снижение на 80,8%), в группе 45–59 лет с 54 до 21 случая (снижение на 61,1%). Встречаемость гранулемы гортани сократилась почти в 2 раза — с 63 до 37 случаев (снижение на 41,3%) и стала выявляться у более молодых пациентов. Кисты надгортанника и кисты голосовых складок относительно стабильно встречались в 30–35 случаях в год, при этом отмечено более равномерное распределение по возрастным группам в 2024 г. по сравнению с концентрацией в средних возрастных группах в 1990 г.

Выводы. Сравнительный анализ обращений к фониатру за 35-летний период показал следующие структурные изменения в патологии гортани: тенденция к уменьшению доли гиперпластического и отечно-полипозного ларингита при общем увеличении количества обращений пациентов с хроническим ларингитом, увеличение среднего возраста пациентов с хроническим ларингитом, уменьшение доли функциональных голосовых расстройств, уменьшение доли различных доброкачественных образований гортани с более равномерным их распределением по возрастным группам, что может быть обусловлено более доступной и качественной фониатрической помощью в настоящее время.

Особенности клинического течения муковисцидоза у больных Республики Крым

М. А. Золотарева¹, Т. Н. Лебедева², В. В. Муранова³, Е. И. Назарук⁴

^{1,2,3,4} Медицинский институт имени С. И. Георгиевского,

Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Clinical features of cystic fibrosis in patients from the Republic of Crimea

M. A. Zolotareva¹, T. N. Lebedeva², V. V. Muranova³, E. I. Nazaruk⁴

^{1,2,3,4} Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

Муковисцидоз (МВ) — одно из наиболее распространенных моногенно-наследуемых заболеваний, с тяжелыми полиорганными нарушениями, высоким уровнем инвалидизации и смертности, проявляющееся как у детей, подростков, так и у взрослых.

Цель исследования. Изучение клинического течения МВ у жителей Республики Крым, определение факторов, влияющих на тяжесть состояния пациентов.

Наблюдали 64 пациента (50 детей и 14 взрослых). МВ был выявлен в 57,8% до 1 года; от 1 года до 14 лет — 29,7%; старше 14 лет — 12,5%. В 2024 г. выявлено 4 детей до 1 года.

В 1981 г. в Крыму был создан Межобластной медико-генетический центр, в котором проводятся медико-генетические консультирования. В нашем регионе установлено наличие мутаций у 62 из 64 обследованных пациентов. Чаще встречались мутации delF508(54,8%) и del21kb (16,1%). Выявлены также: R347P, R334W, R553X, E394K по 1,6%, 394delT — 3,2%, редкие и неуточненные мутации — 19,4%.

Тяжелая мутация F508del в гомозиготном состоянии наблюдалась практически регулярно (85,3%) и у 5 пациентов в компаунд-гетерозиготном состоянии. В последние годы внедрен и неонатальный скрининг МВ.

Клинические проявления МВ включают поражение различных органов и систем организма. Смешанная форма заболевания у детей (90%), легочная форма у 6%, а кишечная — 4%. Тяжелое течение характерно для 72% случаев (38 пациентов), средняя степень тяжести — для 28%. Дефицит массы тела отмечался у 62% детей, нормальные значения массо-ростового индекса имели — 28 детей (38%).

МВ является системным заболеванием, которое имеет и значимые оториноларингологические проявления. Важнейшими симптомами являются хронический полипозный риносинусит (24%), хронический риносинусит (20%), острые риниты и фарингиты (15%), средние отиты, имеющие рецидивирующее течение (13,5%) и

сенсоневральные формы тугоухости (13,3%). Хронический воспалительный процесс в синоназальной области способствует хронизации инфекций верхних дыхательных путей и снижению эффективности консервативного лечения.

Хронические гиперпластические процессы в околоносовых пазухах приводят к значительным деструкциям костных стенок пазух, перегородки носа, при этом данный процесс плохо поддается консервативной терапии. К сожалению, полипы полости носа, околоносовых пазух, часто рецидивируют после оперативного вмешательства, что, в по сути, может являться предрасполагающим фактором для распространения инфекции, в том числе на среднее ухо и способствовать повторяющимся гнойным средним отитам.

У 25% пациентов детского возраста и 43% взрослых пациентов наблюдаются обострения воспаления легких, в связи с чем остается острой необходимость в применении системных и ингаляционных аминогликозидов. Вовлеченность синоназальной области и потребность в системном применении ототоксичных препаратов, прежде всего аминогликозидов, в целях борьбы с резистентной бактериальной флорой потенциально создают риск развития тугоухости, в связи с чем у 44% взрослых и у 13% детей диагностированы нарушения слуха. Была выявлена взаимосвязь между формой нарушения слуха и длительностью системного или ингаляционного введения АГ, вида генетической мутации и влияния таргетной терапии. Больные с МВ находятся в зоне риска по развитию сенсоневральной, но не кондуктивной тугоухости.

Выводы

Исследование особенностей клинического течения МВ в Республике Крым показало значимость раннего выявления заболевания и комплексного подхода к лечению.

Необходимо уделять внимание профилактике вторичных осложнений, мониторингу функциональных показателей органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, а также контролю за состоянием слуховой функции.

Стоит ли опасаться применения стероидов при лечении сенсоневральной тугоухости?

Т. В. Золотова¹, О. А. Емельяненко²

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Российская Федерация

² Центральная городская больница имени Н. А. Семашко, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Should I be afraid of using steroids in the treatment of sensorineural hearing loss?

T. V. Zolotova¹, O. A. Emel'yanenko²

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Semashko Central City Hospital, Rostov-on-Don, Russian Federation

Введение. Внутреннее ухо относится к труднодоступным органам, со сложным анатомическим строением и физиологией, в связи с чем и диагностика, и лечение его патологии связаны с определенными трудностями. При заболеваниях внутреннего уха в последнее время все чаще применяются стероиды — препараты с доказанной эффективностью, но возможными побочными эффектами. Глюкокортикостероиды оказывают влияние на обмен углеводов, жиров, белков, водно-электролитный обмен, работу сердечно-сосудистой, нервной систем, почек, но применение их в течение длительного времени вызывает побочные эффекты у более чем 50% пациентов. Наибольшую угрозу при длительной стероидной терапии представляют метаболические изменения с нарушением углеводного и липидного обмена, вплоть до синдрома Кушинга, развития диабета, ожирения, возможно угнетение иммунной системы, а также психические и кардиоваскулярные последствия. Один из альтернативных вариантов их использования — интратимпанальное/транстимпанальное введение дексаметазона, что позволяет исключить необходимость длительного применения стероидов, в частности, при сенсоневральной тугоухости, и снизить их дозу для достижения аналогичного терапевтического эффекта.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 98 пациентов с патологией внутреннего уха. Большую часть из них — 63% (62) составили лица с острой сенсоневральной тугоухостью, 22,4% (22) — пациенты с кохлеовестибулопатией и тиннитусом, 14,3% (14) — с болезнью Меньера. Анализировали осложнения стероидной терапии. Контроль слуха проводили по данным тональной пороговой аудиометрии.

Результаты и анализ исследований. Предложены стратегии индивидуализации лечения для минимизации риска осложнений. Внутривенное введение дексаметазона прово-

дилось по убывающей схеме в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями: от 24 до 4 мг (24-24-16-16-8-4-0-4мг). При наличии противопоказаний стероиды вводили только интратимпанально. После предварительной тимпаномеатальной блокады раствором лидокаина 1% — 4,0 локальное введение дексаметазона осуществляли интратимпанально длинной иглой по 4 мг (1 мл) ежедневно до 5–7 инъекций на курс под контролем микроскопа или эндоскопа. Использовали иглу для эндоназальных инъекций или одноразовую для спинномозговой пункции. Можно также использовать инсулиновый шприц с иглой от одноразового шприца (5,0–10,0 мл). Манипуляцию должен выполнять обученный специалист под контролем микроскопа или эндоскопа. Нами проведен анализ осложнений интратимпанальных инъекций и сравнение с данными других исследователей. В нашем исследовании побочные эффекты наблюдались в 10 случаях из 98, т. е. в 10,2% случаев от всех проведенных интратимпанальных введений: болезненность в месте введения — 4, в одном из них болевые ощущения были в виде жжения в ухе и по ходу слуховой трубы — 1, отогеморрагии — 1, головокружение — 5.

Ни в одном из случаев не наблюдалось серьезных осложнений, описанных другими авторами. Так, M. Achanta et al. (2025) описывают формирование постинъекционной стойкой перфорации барабанной перепонки в 11,5% случаев, инфицирование с формированием среднего отита в 4,7%, головокружения в 27,1%, оталгии в 54,3%.

Заключение. На данный момент полностью избежать побочных эффектов как при системной, так и при локальной терапии глюкокортикостероидами невозможно. Однако, применение минимально необходимых доз на короткий срок, соблюдение предосторожностей, отбор, персонализированное внимание к каждому пациенту и высокая квалификация специалиста позволяют снизить их частоту и выраженность.

Роль интегральных гематологических индексов в диагностике и прогнозе оториносинусогенных и орбитальных осложнений у детей

А. И. Извин¹, И. М. Вешкурцева², Н. Е. Кузнецова³

^{1,2,3} Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Российская Федерация

Role of integral hematological indices in diagnostics and prognosis of otolaryngosinusogenic and orbital complications in children

A. I. Izvin¹, I. M. Veshkurtseva², N. E. Kuznetsova³

^{1,2,3} Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation

Актуальность. Оториносинусогенные внутричерепные (ОРВЧО) и орбитальные осложнения (ОО) относятся к тяжелым жизненно угрожающим заболеваниям, обусловленные интимным взаимоотношением ЛОР-органов с полостью черепа и орбиты, которые возникают как при острых (ОСО) и хронических гнойных средних отитах (ХГСО), так и при острых и хронических риносинуситах. Данные осложнения диагностируются у 2–5% детей, поступающих на лечение в оториноларингологические стационары, а госпитальная летальность при этой тяжелой патологии в детских ЛОР-стационарах достигает 18,4%. С этими заболеваниями в амбулаторной практике приходится встречаться не только врачам-оториноларингологам, но и другим специалистам: педиатрам, инфекционистам, офтальмологам, неврологам и нейрохирургам. Диагностика интракраниальных осложнений является чрезвычайно сложной и трудной задачей, так как подобные пациенты часто поступают в сопорозном или коматозном состоянии или под маской других заболеваний головного мозга.

Более того возможности используемых в настоящее время в клинической практике различных маркеров гнойно-воспалительной патологии, в определенной мере ограничены, в связи с чем продолжается поиск использования различных лабораторных показателей для диагностики и прогнозирования тяжести течения патологического процесса и рисков развития неблагоприятных исходов

Цель. Изучить возможность применения интегральных гематологических индексов в диагностике и прогнозе интракраниальных осложнений.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 148 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, мальчиков было 100, девочек 48, в группе преобладали дети дошкольного возраста (65,5%) и чаще мальчики (67,6%), с заболеванием уха было 86 детей, с заболеваниями околоносовых пазух 62 ребенка. Среди них с отогенными осложнениями был 81 ребенок (65,3%), риногенными — 30(24,2%), орбитальными 13(10,5%) детей.

Результаты исследования. Всем поступившим детям проводились исследования, включающие клинико-биохимический анализ крови, мочи, коагулограмма, С-реактивный белок (СРБ), по показаниям — прокальцитонинный тест (ПКТ). а также рассчитывались интегральные гематологические индексы: ИСЛК — индекс сдвига лейкоцитов крови по Н. И. Яблучанскому, ИСНЛ — нейтрофильно-лимфоцитарный индекс, ИСТЛ — тромбоцитарно-лимфоцитарный индекс, ИСВО — индекс системного воспалительного ответа, которые рассчитываются на основании данных стандартного общего клинического анализа крови (ОАК). Данные индексы исследовали не только при поступлении, но и через 72 ч после начала эмпирической терапии и при выписке как при осложненных формах заболеваний, так и при неосложненных формах отитов и риносинуситов.

Анализ лабораторных показателей выявил отсутствие статистически значимой разницы в уровне лейкоцитоза в ОАК и острофазовых показателях (СРБ, фибриноген) в сравниваемых группах, однако ИГИ были статистически ($p < 0,05$) значимо выше референтных значений (в 2,1–3,9 раза) при осложненных формах течения, чем при неосложненном течении СО и РС.

Это позволяет использовать ИГИ в качестве дополнительных биомаркеров для диагностики и раннего прогнозирования тяжелого течения воспалительной ЛОР-патологии. Для оценки эффективности оказания комплексной (хирургической, антибактериальной и симптоматической терапии) проводился анализ лабораторных показателей и ИГИ через 72 ч от начала применяемой терапии, который выявил, что через 72 ч статистически значимо снижаются уровень плеоцитоза в СМЖ, лейкоцитов в общем анализе крови, а также ИСЛК, ИСНЛ, ИСВО и ИСВ, что указывало на эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий

Выводы

Наряду с общемозговой симптоматикой ранними предикторами ВЧО являются показатели ИГИ, которые у детей — в 2,1–3,9 раза статисти-

чески значимо выше, чем при неосложненном течении СО и РС.

Своевременный выполненный расчет ИГИ способствует незамедлительному применению комплексных лечебных мероприятий в рамках междисциплинарного подхода (оториноларинголог, невролог, нейрохирург, офтальмолог, клинический фармаколог, бактериолог), включая вы-

бор эффективной системной противомикробной терапии (СПМТ).

Стабилизация в состоянии пациента, снижение уровня лейкоцитов в общем анализе крови, а также уменьшение показателей ИГИ в 1,5 раза и более свидетельствует об эффективности комплексного оперативного и медикаментозного лечения.

Сенсоневральная тугоухость при экссудативном среднем отите

С. Л. Коваленко¹, С. А. Азаматова², Л. А. Лазарева³, О. В. Саркисян⁴, И. Р. Азаматов⁵

^{1,3} Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

¹ Детская городская поликлиника № 1 города Краснодара, Краснодар, Российская Федерация

² Адыгейский республиканский центр реабилитации слуха, Майкоп, Российская Федерация

⁵ Майкопский государственный технологический университет, Медицинский институт, Майкоп, Российская Федерация

⁴ Центральная районная больница Майкопского района, Майкоп, Российская Федерация

Sensorineural hearing loss in otitis media with effusion

S. L. Kovalenko¹, S. A. Azamatova², L. A. Lazareva³, O. V. Sarkisyan⁴, I. R. Azamatov⁵

^{1,3} Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

¹ Children's City Polyclinic No. 1 of the City of Krasnodar, Krasnodar, Russian Federation

² Adyghe Republican Hearing Rehabilitation Center, Maikop, Russian Federation

⁵ Maikop State Technological University, Medical Institute, Maikop, Russian Federation

⁴ Central Regional Hospital of Maikop District, Maikop, Russian Federation

Современные научные исследования демонстрируют, что острый экссудативный средний отит (ЭСО) может сопровождаться выраженным снижением слуха, в том числе с развитием сенсоневральной тугоухости (СНТ).

Описаны две основные патофизиологические гипотезы развития СНТ при остром ЭСО: 1) возникновение внутриулиткового воспаления, которое вызвано прохождением токсинов и воспалительных агентов из среднего уха во внутреннее ухо через мембрану круглого окна, которая проницаема для некоторых воспалительных медиаторов; 2) наличие транзиторного эндолимфатического гидропса, вызванного колебаниями давления в среднем ухе и изменением подвижности мембраны круглого окна.

В настоящее время недостаточно сведений о распространенности СНТ у пациентов с ЭСО. Также актуальной представляется оценка результатов лечения таких пациентов.

Под наблюдением находилось 32 пациента, у которых одновременно был диагностирован острый ЭСО и СНТ. Из них 13 детей в возрасте до 18 лет и 19 взрослых пациентов до 45 лет. Обследование включало: оториноларингологический осмотр, импедансометрию: тимпанометрию и акустическую рефлексометрию, отоакустическую эмиссию, высокочастотную тональную пороговую аудиометрию (125–20 000 Гц), по показаниям — компьютерную томографию височных костей и регистрацию слуховых вызванных потенциалов (КСВП и ASSR).

Распространенность СНТ у больных с ЭСО составила 10,6%. СНТ при ЭСО чаще определялась у взрослых пациентов — в 31,6% случаев, чем у детей — у 5,4% обследованных.

Результат лечения зависел от возраста пациентов, а также от времени, прошедшего с момента появления жалоб до начала лечебных мероприятий. Всего восстановление слуховой функции было отмечено у 43,75% пролеченных. У остальных 56,25% больных наблюдалось значительное улучшение, однако сохранялось повышение порогов в области высоких частот (8–20 000 Гц).

У детей эффективность лечения была значительно лучшей, чем у взрослых, у них восстановление слуха констатировано в 61,5% случаев. У взрослых больных данные показатели были значительно хуже, нормализация функции слухового анализатора была достигнута только у 31,6%

пациентов. Различия полученных результатов у взрослых и детей объясняются механизмами повышенной нейропластичности в детском возрасте.

Максимальная эффективность терапии наблюдалась при лечении в сроки до 5 дней от начала заболевания. Нормализация всех аудиологических показателей регистрировалась у 100% детей и 75% взрослых. При обращении в более поздние сроки восстановление слуха было достигнуто у 44,4% детей и 20% взрослых.

Таким образом, СНТ может развиваться при остром течении ЭСО и значительно чаще встречается у взрослых больных. В связи с прямой взаимосвязью результативности терапии от сроков начала лечения, необходимо раннее сурдологическое исследование всем пациентам с жалобами на острое снижение слуха на фоне острого ЭСО.

Опыт эндоскопической хирургии лобных пазух у детей и подростков

А. Ю. Ковалев¹, И. В. Зябкин², А. М. Магомедова³

^{1,2,3} Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Российская Федерация

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

Experience of endoscopic surgery of the frontal sinuses in children and adolescents

A. Yu. Kovalev¹, I. V. Zyabkin², A. M. Magomedova³

^{1,2,3} Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

Введение. Эндоскопическая хирургия лобных пазух относится к числу технически сложных хирургических вмешательств, требующих большого опыта хирурга и технического оснащения. Особенности анатомии лобных пазух, их близость к основанию черепа, передней решетчатой артерии и стенкам орбит значительно повышают риски травм и критических осложнений. Существует также ряд технических особенностей во время хирургии лобных пазух: необходимость оперировать «под углом», гравитационный эффект, маленькие размеры операционного поля. К особенностям эндоскопической функциональной хирургии детского возраста также относят высокую вариабельность анатомии и небольшие

размеры лобного кармана, что значительно усложняет процесс операции на лобных пазухах.

Материалы и методы. За период с 2023 по 2025 г. в ФНКЦ детей и подростков ФМБА эндоскопические операции на лобных пазухах выполнены у 11 пациентов от 9 до 17 лет. При этом у 5 пациентов патологический процесс был ограничен лобной пазухой. Фронтотомия проводилась изолированно. У 6 пациентов в связи с распространением патологического процесса вмешательство проводилось в объеме полисинусотомии. Критерием эффективности хирургического лечения служило отсутствие клинических симптомов хронического фронтита и отсутствие признаков синусита и/или блока соустья лобной

пазухи по данным МСКТ околоносовых пазух через 12 месяцев после операции.

Результаты. Длительность катамнеза на момент написания тезиса варьируется от 7 до 25 месяцев. У 10 пациентов после операции больше не отмечалось симптомов, наблюдавшихся до вмешательства. По данным контрольных послеоперационных МСКТ подтверждена полноценная аэрация лобных пазух, без признаков рубцевания соустьев. Рецидив — возобновление жалоб на головную боль в области лба, признаки блока соустья, субтотальное снижение пневматизации лобной пазухи возник у одного пациента мужского пола, самого младшего в выборке (9 лет).

Заключение. Эндоскопическая фронтономия в детском возрасте может быть достаточно эф-

фективным методом лечения; однако накопленный международный опыт хирургии, отраженный в публикациях, свидетельствует о том, что у детей младшей возрастной группы отмечается большая склонность к рецидивам и рубцеванию сформированного соустья. Не стоит недооценивать и важность послеоперационного ухода за полостью носа под эндоскопическим контролем. У детей послеоперационный уход за носом может быть затруднен в связи с негативной реакцией детей, невозможностью выполнить полноценный туалет носа. Возможно, рассмотреть туалет носа под седацией, при отсутствии альтернатив, поскольку длительный отек и прямой контакт раневых поверхностей повышают риски стеноза соустья и рецидива.

Профиль медиаторов воспаления в назальном секрете у больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом с учетом синоназальной патологии

С. В. Красильникова¹, К. В. Горбунова², Е. И. Крестова³, Т. И. Елисеева⁴

^{1,2,3,4} Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация

The profile of inflammatory mediators in nasal secretions in patients with bronchial asthma and allergic rhinitis, taking into account sinonasal pathology

S. V. Krasil'nikova¹, K. V. Gorbunova², E. I. Krestova³, T. I. Eliseeva⁴

^{1,2,3,4} Volga Region Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

При аллергических заболеваниях дыхательных путей в процесс аллергического воспаления у большинства пациентов вовлекаются как верхние дыхательные пути, так и нижние дыхательные пути. Это объясняет коморбидное течение бронхиальной астмы (БА) и аллергического ринита (АР). Течение АР у значительной части этих пациентов может сопровождаться патологическим ремоделированием слизистой оболочки придаточных пазух носа и развитием хронического риносинусита с полипами или без них, что снижает как качество жизни пациента, так и уровень контроля БА. Однако патогенетические механизмы и предикторы развития гипертрофических и полипозных изменений синоназальной слизистой оболочки (ССО) у больных с хроническим аллергическим воспалением дыхательных путей четко не установлены.

Цель. Определить уровни воспалительных биомаркеров в носовом секрете у детей и подростков с БА и АР с наличием и отсутствием гипертрофических и полипозных изменений ССО.

Материал и методы. Было проведено одноцентровое наблюдательное поперечное пилотное исследование. Было обследовано 93 пациента с БА в возрасте от 8 до 17 лет. Выявлялась общая оценка назальных симптомов (TNSS), синоназальные симптомы (SNOT-22) и пиковый назальный инспираторный поток (PNIF). Определялись концентрации эозинофильного катионного белка (ECP), интерлейкина 4 (IL-4), IL-1, общего иммуноглобулина E (IgE) и фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) в носовом секрете.

Результаты. Уровни ECP, IL-4 и IL-1 в носовом секрете были статистически значимо выше у пациентов с наличием гипертрофических и по-

липозных изменений ССО, чем у тех, у кого их не было, и составили 83,1 [31,4; 166,8] нг/мл для ЕСР против 29,5 [5,3; 49,9] нг/мл, $p < 0,001$, для ИЛ-4 174,6 [68,6; 325,5] пг/мл против 29,5 [5,3; 49,9] нг/мл, $P < 0,001$, 79,5 [42,8; 146,01] пг/мл, $p = 0,004$, для ИЛ-1 98,7 [33,7; 267,5] пг/мл и 48,8 [9,01; 108,2] пг/мл, $p = 0,025$. Не было выявлено статистически значимых различий в уровнях IgE и VEGF в носовом секрете, все $p > 0,05$. Было обнаружено, что такие параметры, как ЕСР, ИЛ-4 и ИЛ-1, являются значимыми предикторами при

формировании гипертрофических и полипозных изменений ССО.

Выводы. У больных с сочетанным течением БА и АР наличие гипертрофических и полипозных изменений ССО ассоциируется с более высокими уровнями ЭКП, ИЛ-4 и ИЛ-1 в назальном секрете. Это может свидетельствовать о том, что патологическое ремоделирование ССО связано как с интенсивностью аллергического воспаления, так и с его связью с локальной активацией врожденного иммунитета.

Эффективность стапедопластики при малом костно-воздушном интервале у больных отосклерозом с различной степенью тугоухости

А. И. Крюков¹, Е. В. Гаров², Л. А. Мосейкина³

^{1,2,3} Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

^{1,2} Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Efficiency of stapedoplasty with a small air-bone gap in patients with otosclerosis and varying degrees of hearing loss

A. I. Kryukov¹, E. V. Garov², L. A. Moseikina³

^{1,2,3} Sverzhhevsky Scientific Research Clinical Institute Of Otorhinolaryngology, Moscow, Russian Federation

^{1,2} Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Актуальность. Смешанная форма отосклероза (ОС) определяется более чем у 74% пациентов [Крюков А. И. и соавт., 2019]. Причины повышения порогов костной проводимости (КП) у пациентов с ОС могут быть разные. В начальной стадии заболевания активность и распространенность отосклеротического процесса значительно влияет на состояние порогов КП, особенно при ювенильном ОС, так же, как и продолжительная фиксация стремени при длительном снижении слуха у возрастных пациентов [Paparella M. et al., 1984; Крюков А. И. и соавт., 2025]. Повышение порогов КП приводит к уменьшению костно-воздушного интервала (КВИ) до 20–25 дБ у пациентов с различной степенью тугоухости. Дифференциальная диагностика ОС с другими заболеваниями среднего и внутреннего уха, протекающими с формированием небольшого КВИ по результатам тонально-пороговой аудиометрии (ТПА), основана

на грамотном сборе анамнеза и компьютерной томографии (КТ) височных костей, которые подтверждают или исключают очаговые проявления ОС. Показания к стапедопластике у таких пациентов должны быть обоснованно взвешенными, учитывающими жалобы, анамнез заболевания, а также результаты КТ височных костей, объективно показывающие распространенность очагов ОС и их плотность (неактивная стадия $> +1000$ HU) [Крюков А. И. и соавт., 2023]. По литературным данным, результаты хирургического лечения показывают безопасность и эффективность стапедопластики у пациентов с малым КВИ, приводящей не только к уменьшению КВИ, но и понижению порогов КП [Salmon C., 2015; Zhang S., 2023].

Цель. Анализ эффективности хирургического вмешательства у пациентов с ОС с малой величиной КВИ (менее 25 дБ) с различной степенью тугоухости.

Материалы и методы. За 2024–2025 гг. в институте комплексно обследованы и оперированы 40 пациентов с ОС с КВИ до 25 дБ. В выборке были 25 женщин и 15 мужчин, средний возраст — 48 лет. По данным предоперационной ТПА пациенты были разделены на три группы: 1-я группа — пациенты с I степенью тугоухости ($n = 14$, средний возраст — 41 год), 2-я — со II степенью ($n = 16$, средний возраст — 44,5 лет); 3-я — с III степенью ($n = 9$, средний возраст — 46 лет). У всех больных по данным КТ выявлены очаги ОС в капсуле лабиринта и в 30% случаев — перикохлеарно. Всем пациентам проведена стапедопластика аутохрящевым или титановым протезом на аутоинозный трансплантат.

Проведен анализ длительности, динамики снижения слуха и эффективности стапедопластики по результатам ТПА спустя 3 и 12 месяцев после операции.

Результаты. В 1-й группе средние пороги до операции по воздушной проводимости (ВП) на разговорных частотах были 38,8 дБ, а после улучшились на 15,3 дБ; пороги КП были 19,2 дБ — улучшились на 5 дБ; средний КВИ был 18,7 дБ —

улучшился на 12 дБ. Во 2-й группе средние пороги по ВП были 48,8 дБ, после — улучшились на 10,6 дБ; пороги КП были 28 дБ — улучшились на 2,05 дБ; средний КВИ был 20 дБ — улучшился на 10 дБ. В 3-й группе средние пороги по ВП были 59,5 дБ — улучшились на 20,4 дБ; пороги КП были 39,8 дБ — улучшились на 2,5 дБ; средний КВИ был 23,7 дБ — улучшился на 20,1 дБ. При сравнении эффективности стапедопластики выявлено, что в группе с малым КВИ достигаются отличные результаты (КВИ < 10 дБ), особенно показательны результаты в 3-й группе с более длительным анамнезом заболевания.

Выводы. Стапедопластика показана при малом КВИ при длительном анамнезе заболевания, наличии очагов ОС по данным КТ височных костей, проведенных курсах инактивирующей терапии и ранее выявленном КВИ более 20 дБ, что подтверждает фиксацию стремени. Результаты хирургического лечения при различной степени тугоухости в 25% случаев показывают понижение порогов КП в отдаленном послеоперационном периоде и уменьшение КВИ на более чем 15 дБ у 95% пациентов.

Эволюция инструментов в ринологической хирургии

В. Н. Красножен¹, Е. М. Покровская², Д. Р. Валеева³

¹ Казанская государственная медицинская академия, Казань, Российская Федерация

² Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Российская Федерация

Evolution of instruments in rhinological surgery

V. N. Krasnozhen¹, E. M. Pokrovskaya², D. R. Valeeva³

¹ Kazan State Medical Academy, Kazan, Russian Federation

² Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russian Federation

Современная хирургия хронических сфеноидитов требует наличия специализированных инструментов, предназначенных для работы в сфеноэтмоидальном пространстве. Разработка и внедрение новейших решений для проведения сфеноидотомии остаются приоритетной задачей риносинусохирургии.

Цель исследования. Совершенствование методики эндоназальных эндоскопических опе-

раций на клиновидной пазухе путем разработки инструмента, предназначенного для расширения ее естественного соустья.

Материалы и методы. Данная работа выполнена на базе кафедры оториноларингологии КГМА и кафедры оториноларингологии и офтальмологии КФУ. На инструмент «Щипцы для вскрытия и расширения соустья клиновидной пазухи с функцией удаления патологических тканей»

получен Патент на полезную модель № 230096. Щипцы для вскрытия и расширения соустья клиновидной пазухи с функцией удаления патологических тканей состоят из рабочей части, закрепленной на одном конце тубуса и ножницеобразной ручки, к которой прикрепляется своим вторым концом тубус. Рабочая часть выполнена в виде обратного выкусывателя с поворотной branшей. Отличительной особенностью инструмента является то, что на конце рабочей части находится изогнутый щуп. Под контролем эндоскопов в области сфеноэтмоидального кармана, после смещения средней носовой раковины латерально производится идентификация естественного соустья клиновидной пазухи с помощью щупа. Для выполнения дилатации соустья инструмент в сомкнутом состоянии вводится в соустье, разворачивается в медиальном направлении и обратный выкусыватель насаживается на медиальный отдел естественного соустья. Далее производится расширение естественного соустья за счет прорезывания насквозь медиальной части сзади наперед, после чего инструмент извлекается.

Хирургическое вмешательство на клиновидных пазухах проведено на 6 кадаверах (12 пазух) и на 11 пациентах с изолированными сфеноидитами, общее количество прооперировано 23 клиновидных пазухи.

Результаты. Все пациенты данной группы были направлены на хирургическое лечение по поводу изолированного сфеноидита и при поступлении в стационар предъявляли жалобы на периодическую или постоянную цефалгию различной интенсивности, чаще локализованную в затылочной области.

Во всех случаях естественное соустье клиновидной пазухи идентифицировано и увеличено

путем резекции медиального отдела естественного соустья под эндоскопическим контролем. Патологические находки у пациентов в течение операции включали гнойный сфеноидит у 8 пациентов, мицетома клиновидной пазухи у 2 пациентов, киста клиновидной пазухи — у 1 пациента. Операции у всех пациентов прошли без осложнений. В послеоперационном периоде пациентам проводилась лекарственная терапия при необходимости терапевтическая эндоскопия, включавшая в себя туалет полости носа и сфеноэтмоидального пространства.

При динамическом наблюдении в течение 3 месяцев – пневматизация пазух восстановилась через 3 месяца у всех пациентов, стеноза либо рубцовой облитерации соустья и рецидива заболевания не выявлено ни у одного из оперированных пациентов.

Заключение

Инструмент «щипцы для вскрытия и расширения соустья клиновидной пазухи с функцией удаления патологических тканей» с учетом анатомических особенностей передней стенки клиновидной пазухи позволяет выполнять медиальную парциальную резекцию естественного соустья минимально инвазивным методом.

Резекция естественного соустья клиновидной пазухи создает предпосылки для полноценной репаративной регенерации за счет сохраненных тканей, тем самым предотвращая формирование стеноза либо рубцовой облитерации.

Клиническая апробация инструмента «щипцы для вскрытия и расширения соустья клиновидной пазухи с функцией удаления патологических тканей» свидетельствует о его безопасности, что подтверждается отсутствием стеноза или рубцовой облитерации естественного соустья.

Диагностика и хирургическое лечение холестеатомы среднего уха при различных формах хронического гнойного среднего отита

А. И. Крюков¹, Е. В. Гаров², Л. А. Мосейкина³, Д. А. Брагина⁴

^{1,2,3,4} Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

^{1,2} Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Diagnosis and surgical treatment of cholesteatoma of the middle ear in various forms of chronic purulent otitis media

A. I. Kryukov¹, E. V. Garov², L. A. Moseikina³, D. A. Bragina⁴

^{1,2,3,4} Sverzhevsky Scientific Research Clinical Institute Of Otorhinolaryngology, Moscow, Russian Federation

^{1,2} Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Актуальность. Распространенность хронического гнойного среднего отита (ХГСО) за последние десятилетия в нашей стране имеет тенденцию к снижению [Османов Э., 2024]. В то же время хирургическая активность в ЛОР-отделениях Москвы показывает значительный рост операций у больных с ХГСО за счет тимпаноластики [Стат. отчет ЛОР-стационаров]. Этот показатель отражает возросший уровень первичной диагностики этого заболевания на амбулаторном этапе и расширение показаний для планового хирургического лечения у пациентов с этой патологией.

Диагностика ХГСО с холестеатомой на раннем этапе ее развития является профилактикой грозных осложнений, связанных с деструкцией костной ткани височной кости [Kennedy K., 2025]. Отомикроскопия или эндоскопия уха, аудиологическое исследование и КТ височных костей в обязательном порядке должны быть включены в алгоритм первичной диагностики при подозрении на холестеатомный процесс в среднем ухе [Rachpande T., 2022; Popescu S., 2024]. При необходимости проведения дифференциальной диагностики или определения распространенности патологического процесса алгоритм дополняется проведением МРТ височных костей в режиме non EPI DWI [Dremmen M., 2012; Степанова Е. А., 2022]. Настороженность ЛОР-врача к холестеатоме при длительном анамнезе хронического отита имеет важное значение на амбулаторном этапе.

ХГСО с холестеатомой имеет абсолютные показания для хирургического лечения, объем которого зависит от локализации и распространенности холестеатомного процесса. Плановое хирургическое лечение проводится в период ремиссии заболевания и включает не только санацию среднего уха, но и реконструкцию звукопроводящей системы (тимпано- и оссикулопластику), а в случае удаления задней стенки

наружного слухового прохода — мастоидопластику [Ekvall L., 1973; Alves R., 2016; Юкачева А. А., 2019]. Акуметрический послеоперационный прогноз зависит от сохранности звукопроводящей цепи, вовлеченности слуховых косточек в воспалительный процесс, объема хирургического вмешательства и выполнения реконструктивного этапа.

В зависимости от локализации и объема поражения анатомических областей среднего уха проводятся малые санирующие вмешательства — аттикотомия, аттикоадитотомия, аттикоантромомия, или же более расширенные вмешательства — антромастотомия с удалением или сохранением задней стенки наружного слухового прохода и субтотальная петрозэктомия (при распространенной холестеатоме пирамиды височной кости).

Цель исследования. Анализ хирургических вмешательств у пациентов с ХГСО с холестеатомой в институте за период 2019–2024 гг.

Материалы и методы. Проведена ретроспективная оценка хирургических вмешательств у пациентов с ХГСО с холестеатомой, выполненных в институте за период с 2019–2024 гг.

Результаты исследования. В отделе микрохирургии уха НИКИО им Л. И. Свержевского за период с 2019 по 2024 гг. пролечено 8410 пациентов с заболеванием уха и сосцевидного отростка, из которых пациенты с ХГСО составили 5043 (60%), из них тимпаноластика проведена у 3765 больных (75%), из них в 9% случаев выявлена холестеатома барабанной полости. Различные варианты санирующих операций при холестеатоме среднего уха и пирамиды височной кости выполнены 975 пациентам (19,3%), из них ревизионная хирургия после выполненных ранее санирующих вмешательств составила 28%. Причинами повторных хирургических вмешательств у таких

пациентов были: рецидив холестеатомы (37%), снижение слуха (93%), постоянная или персистирующая оторрея (72%).

Выводы. Холестеатома среднего уха встречается при любых формах ХГСО. Проведение хирургиче-

ческого лечения целесообразно в период ремиссии, поскольку одновременно с санирующим этапом операции возможно проведение функционального реконструктивного вмешательства для восстановления анатомических структур и улучшения слуха.

Использование подпороговой гальванической стимуляции вестибулярного аппарата при лечении двусторонней вестибулопатии

Н. Л. Кунельская¹, Е. В. Байбакова², М. В. Виноградова³

^{1,2} Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

^{2,3} Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Use of subthreshold galvanic stimulation of the vestibular system in the treatment of bilateral vestibulopathy

N. L. Kunel'skaya¹, E. V. Baibakova², M. V. Vinogradova³

^{1,2} Sverzhevsky Scientific Research Clinical Institute Of Otorhinolaryngology, Moscow, Russian Federation

^{2,3} Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Введение. Физическая вестибулярная реабилитация остается основным методом лечения двусторонней вестибулопатии (ДВП), однако она не всегда приводит к полной центральной компенсации. В связи с этим активно изучаются дополнительные подходы к терапии, включая шумовую гальваническую вестибулярную стимуляцию (шГВС), которая демонстрирует перспективность в восстановлении вестибулярной функции.

Цель исследования. Оценить влияние шГВС на вестибулярные рецепторы у пациентов с ДВП и определить потенциал данного метода для его последующего применения в клинической практике.

Пациенты и методы. В исследование включены 57 пациента с подтвержденной ДВП (26 мужчин, 31 женщина, средний возраст — 52,5 года; диапазон — от 24 до 80 лет). Диагноз устанавливался в соответствии с критериями Общества Барани на основании данных видеоимпульсного теста, калорической и вращательной проб. Дополнительно регистрировались шейные и окулярные вестибулярные вызванные миогенные потенциалы (ВМВП) с использованием оборудования Eclipse Interacoustics (Дания). Критерии исключения: тяжелые декомпенсированные соматические заболевания, наличие имплантируемых

кардиостимуляторов, выраженные нарушения слуха и зрения, невозможность регулярно посещать процедуры стимуляции.

Пациенты были распределены на 4 группы по степени и характеру нарушения вестибулярной функции:

- группа I ($n = 26$): гипofункция ампулярных рецепторов, сохранная отолитовая функция;
- группа II ($n = 16$): гипofункция ампулярных и арефлексия отолитовых рецепторов;
- группа III ($n = 16$): арефлексия ампулярных рецепторов, сохранная отолитовая функция;
- группа IV ($n = 6$): полная арефлексия ампулярных и отолитовых рецепторов.

Стимуляция проводилась с помощью прибора «Нейростим» (Нейрософт, Россия), генерирующего шумовой сигнал с частотным диапазоном от 0 до 30 Гц. Электроды располагались в заушной области, длительность сеанса составляла 30 мин. Оценка эффективности проводилась по изменениям вестибулоокулярного рефлекса (ВОР) и параметров статокинезиограммы при стимуле от 0,1 до 1,3 мА. Функция полукружных каналов оценивалась с помощью Eyesecam Interacoustics, а стабилметрическое исследование проводилось на платформе ST-150 (Мера-СТП, Россия) в рамках теста сенсорного взаимодействия на твердой

и мягкой поверхности с открытыми и закрытыми глазами. Анализировались: длина статокинезиограммы (L), площадь колебаний центра давления (S), скорость перемещения центра давления (V), индекс энергозатрат (A).

Результаты. Для определения оптимальной интенсивности шГВС проводился ее индивидуальный подбор (0,1–1,3 мА). У пациентов I и II групп отмечено достоверное повышение показателя gain по результатам видеоимпульсного теста (средний прирост — 9,3%). Кроме того, наблюдалось уменьшение параметров статокинезиограммы, что указывает на улучшение контроля равновесия. Наибольшее снижение показателей стабилотрии зафиксировано при стоянии на твердой поверхности с закрытыми глазами:

- группа I: S уменьшилось с 669,34 [287,7–659,55] до 325,12 [127,34–369,79], $p < 0,001$;
- группа II: с 1343,32 [577,45–1677,15] до 798,36 [477,34–1334,61], $p < 0,001$.

Изначально показатели в группе I были значительно лучше, чем во II. У пациентов II группы

все попытки удержания стойки на мягкой поверхности с закрытыми глазами были безуспешны как до, так и во время стимуляции, что связано с выраженным снижением отолитовой функции (по данным ВМВП). У пациентов III группы прироста gain не отмечалось, однако произошло значительное снижение площади колебаний ЦД (S): с 632.3 [497.1–823.88] до 348.12 [256.32–581.19], что указывает на потенциальное улучшение контроля равновесия. В IV группе (полная арефлексия) улучшения gain и стабилотрических показателей не зафиксировано.

Выводы

Эффект шГВС возможен только при наличии остаточной функции ампулярных и/или отолитовых рецепторов.

Выраженность терапевтического эффекта напрямую зависит от степени повреждения вестибулярного аппарата.

ШГВС представляет собой перспективный инструмент для реабилитации пациентов с ДВП и требует дальнейших клинических исследований.

Клинический случай нетипичного язвенного ларингита

Д. И. Курбанова¹, С. Г. Романенко², Е. В. Лесогорова³, О. В. Елисеев⁴, Е. Н. Красильникова⁵, В. А. Землянов⁶, Е. А. Теплых⁷, Е. А. Сафьянникова⁸

1,2,3,4,5,6,7,8 Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского, Москва, Российская Федерация

Clinical case of atypical ulcerative laryngitis

D. I. Kurbanova¹, S. G. Romanenko², E. V. Lesogorova³, O. V. Eliseev⁴, E. N. Krasil'nikova⁵, V. A. Zemlyanov⁶, E. A. Teplykh⁷, E. A. Saf'yannikova⁸

1,2,3,4,5,6,7,8 Sverzhhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow, Russian Federation

Язвенный ларингит (ЯЛ) — редкое заболевание, впервые описанное в 2000 г., которое считается идиопатическим, при этом довольно часто имеется кашлевая травма голосовых складок в анамнезе. Заболевание проявляется длительной охриплостью и образованием симметричных изъязвлений в средней трети голосовых складок, единичные авторы указывают на связь с бактериальной, грибковой или вирусной инфекцией. Единой лечебной тактики при ЯЛ до сих пор нет, чаще всего проводят системную и местную противовоспалительную и антибактериальную терапию, лечение ингибиторами протонной помпы,

проводят мероприятия, направленные на устранение или уменьшение кашлевого синдрома.

Пациентка М., 66 лет, обратилась на прием к фониаэтру с жалобами на охриплость, кашель, сухость в горле. Из анамнеза известно: пациентка не курит, профессиональные вредности и повышенную голосовую нагрузку отрицает. До обращения в течение 3 месяцев ее беспокоили одышка при физической нагрузке и малопродуктивный кашель. Врачом-пульмонологом был установлен диагноз бронхиальная астма, смешанная форма и назначено лечение ингаляционными глюкокортикостероидами. На фоне лечения пациент-

ка отметила улучшение состояния: купирование одышки и уменьшение кашля. При этом появились охриплость, сухость в горле, чувство изжоги, кашель сохранялся.

При видеоларингоскопии обнаружены изменения правой голосовой складки — она утолщена, розового цвета, в средней трети имеется язвенный дефект 4 x 5 мм, покрытый фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии. Левая голосовая складка не изменена. Голосовые складки подвижны в полном объеме, при фонации смыкание неполное — линейная щель. В межчерпаловидной области — отечность, гиперемия и складчатость слизистой оболочки. Установлен диагноз — язвенный ларингит с односторонним поражением и внепищеводными признаками ГЭРБ. Рекомендована противорефлюксная и ингаляционная увлажняющая терапия, консультация врача-гастроэнтеролога, проведено микробиологическое исследование со слизистой оболочки гортани.

Через 2 недели при повторной видеоларингоскопии не отмечено улучшения, жалобы на охриплость и кашель сохранялись. По результатам микробиологического исследования — выделены *Candida albicans* 10⁵ КОЕ/мл, в связи с чем назначена системная противогрибковая терапия в сочетании с ингаляциями антисептиком, противорефлюксной и увлажняющей терапией. Рекомендована повторная консультация пульмонологом для решения вопроса о коррекции терапии бронхиальной астмы.

На следующем осмотре через 1 неделю пациентка продолжала предъявлять жалобы на охриплость и кашель, при видеоларингоскопии эрозивно-язвенный дефект правой голосовой складки сохранялся. Ввиду наличия одностороннего эрозивно-язвенного поражения голосовой складки, резистентности к проводимой консервативной терапии, пациентке было рекомендовано дополнительное обследование в целях исключения злокачественного новообразования и специ-

фического поражения правой голосовой складки: биопсия измененных участков слизистой оболочки правой голосовой складки, КТ органов грудной клетки, диаскин-тест, консультация фтизиатром, анализ крови на антинуклеарные антитела и консультация ревматологом. Рекомендовано также продолжить назначенное ранее лечение, в том числе — курс противогрибковой терапии до 21 дня. Помимо этого, пациентке проведено стационарное лечение в отделении пульмонологии для достижения ремиссии и поддержания контроля симптомов бронхиальной астмы, в результате чего жалобы на кашель полностью регрессировали.

Пациентка была осмотрена фониастром через 1 месяц. На приеме жалоб не предъявляла и отметила полное восстановление голоса. При видеоларингоскопии выявлена нормализация ларингоскопической картины и полная эпителизация язвенного дефекта правой голосовой складки. При контрольном микробиологическом исследовании со слизистой оболочки гортани — выявлена нормофлора, грибы рода *Candida* не выделены. Лечение рекомендовано завершить, а обследование для исключения злокачественного новообразования и специфического поражения голосовой складки не потребовалось в связи с полным регрессом изменений.

Обсуждение и выводы. Наблюдаемое в данном случае сочетание ларингомикоза и ЯЛ соответствует данным литературы, указывающим на редкое сочетание этих нозологий. Односторонний характер длительного язвенного поражения голосовой складки, выявленный у данной пациентки, противоречит известным представлениям о ЯЛ, что позволяет определить этот случай как нетипичный. Следует помнить, что одностороннее эрозивно-язвенное поражение гортани при отсутствии эффекта от проводимой терапии всегда требует проведения дифференциальной диагностики между ЯЛ, злокачественным новообразованием, туберкулезом гортани и другими специфическими ларингитами.

Клинико-иммунологическая эффективность ирригационной терапии орофарингеальной области при хроническом тонзиллите

Л. А. Лазарева¹, И. С. Элизбарян², Д. В. Бобрышева³, А. И. Шевченко⁴

^{1,2,3,4} Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Clinical and immunological efficacy of irrigation therapy of the oropharyngeal region in chronic tonsillitis

L. A. Lazareva¹, I. S. Elizbaryan², D. V. Bobrysheva³, A. I. Shevchenko⁴

^{1,2,3,4} Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Введение. Элиминационно-ирригационная терапия (ЭИТ) — один из самых эффективных и безопасных методов лечения и профилактики заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП). Все чаще в современной клинической практике предпочтение отдается средствам природного происхождения, которые эффективно используются для восстановления микрофлоры полости рта, лечения воспалительных заболеваний ВДП и ЛОР-органов, а также ежедневной гигиены. Для проведения ЭИТ оптимальными являются растворы на основе морской воды, которая обладает антисептическими и иммуномодулирующими свойствами.

На фармацевтическом рынке России представлены различные лекарственные препараты, медицинские изделия и косметические средства на основе морской воды или морской соли, которые в основном являются импортными. Однако Россия обладает значительными запасами морской воды, которые могут стать источником для производства отечественных профилактических и лечебных продуктов. Особенно перспективным в этом отношении является Краснодарский край, где расположено Черное море. Вода Черного моря богата макро- и микроэлементами в оптимальном соотношении, что делает ее уникальным природным ресурсом.

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности ирригационной терапии с использованием средства на основе воды Черного моря (ООО «Агро-Эксим») у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита и условно-здоровых добровольцев.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов в возрасте 18–25 лет (это снижало вероятность атрофических изменений слизистой оболочки). Участники были разделены на 2 основные группы: пациенты с хроническим тонзиллитом, компенсированной формой (группа А, N = 25) и условно-здоровые добровольцы (группа сравнения В, N = 25). Участники проводили полоскание ротовой полости порциями объ-

емом 30–50 мл 3 раза в день. Контрольные осмотры выполнялись перед началом исследования, а также на 12-й и 24-й дни. Клиническая оценка включала анализ результатов мезофарингоскопии с использованием шкалы ТРА, а также субъективных и объективных симптомов на основе анкетирования с валидированными шкалами (STPIS для оценки боли в горле, шкала Лайкерта). Лабораторные исследования включали определение уровней цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-4) и секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в ротовой жидкости методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и обсуждение. В течение 24-дневного курса лечебно-профилактических мероприятий у пациентов основной группы наблюдалась выраженная положительная динамика: уровень IL-1 β уменьшился в 1,8 раза к 12-му дню и в 2,7 раза к 24-му дню. Концентрация IL-6 снизилась в 1,5 раза (12-й день) и в 1,9 раза (24-й день). Показатель IL-8 сократился в 1,8 и 3 раза соответственно. Также повысился уровень секреторного IgA в 1,2 раза за первые 12 дней и в 1,4 раза к окончанию курса (24-й день).

Наиболее выраженный клинический эффект отмечен в отношении таких симптомов, как гнойное или казеозное содержимое лакун и уменьшение гиперемии слизистой оболочки в области небных дужек и задней стенки глотки. Следует отметить, что нежелательных и аллергических реакций при проведении ирригационной терапии орофарингеальной области средством на основе воды Черного моря не было зарегистрировано как в основной группе, так и в группе контроля.

Вывод. Результаты проведенного исследования продемонстрировали, что ирригационная терапия орофарингеальной области с использованием средства на основе воды Черного моря (ООО «Агро-Эксим») оказывает положительный клинико-иммунологический и протективный эффект, как у пациентов с компенсированной формой хронического тонзиллита, так и у условно-здоровых лиц.

Дифференциальная диагностика хронических ларингитов как ранняя диагностика рака гортани

О. А. Лашко¹, М. А. Завалий², А. Н. Орел³

¹ Симферопольская городская клиническая больница № 7, Симферополь, Российская Федерация

^{2,3} Медицинский институт имени С. И. Георгиевского, Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Diagnostic of chronic laryngitis as factor of early revealing of laryngeal cancer

O. A. Lashko¹, M. A. Zavalii², A. N. Orel³

¹ Simferopol City Clinical Hospital N 7, Simferopol, Russian Federation

^{1,2} Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

Пациенты со стенозом гортани и трахеи составляют 7,7% от общего числа оториноларингологических больных. К сожалению, около 50% от числа всех умерших больных с оториноларингологической патологией, которые обратились за помощью в неотложном состоянии, составляют пациенты со стенозами гортани. Несмотря на улучшение технического оснащения первичного звена оториноларингологической помощи, основной причиной развития стенозов гортани и проведения экстренных трахеостомий в городских лечебных учреждениях, оказывающих экстренную медицинскую помощь, являются злокачественные новообразования гортани. Так, в среднем за год в оториноларингологическом отделении ГБУЗ РК «Симферопольская городская клиническая больница № 7» проводится около 70 трахеостомий, из которых около 30% составляют экстренные.

Таким образом, своевременная дифференциальная диагностика заболеваний гортани остается важной мерой профилактики развития жизнеугрожающих и инвалидизирующих состояний.

Рак гортани — злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия гортани и составляет до 5% всех злокачественных опухолей. Злокачественные новообразования гортани занимают 1 место среди злокачественных новообразований головы и шеи, среди которых 96% больных являются представителями мужского пола. Наиболее частой формой является плоскоклеточная, которая обнаруживается в 95%, железистая — в 2%, базальноклеточная — в 2%, другие формы — в 1%. К сожалению, в 70% случаев опухоли выявляются на III–IV стадии заболевания. К факторам развития рака гортани относят курение, злоупотребление алкоголем, которое в сочетании с курением дает синергический эффект, плохое питание, носительство вируса папилломы человека (16 серотип), некоторые генетические синдромы (анемия Фанкони, врожденный дискератоз), регулярное вдыхание некоторых химических веществ, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь как при-

чина хронического ларингита, хронические воспалительные заболевания гортани.

Выделяют облигатные и факультативные предраковые заболевания гортани. К облигатным относятся некоторые формы хронического ларингита, дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз, пахидермия), папилломатоз гортани (в зависимости от типа вируса).

Хронический ларингит — это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани длительностью более 3 недель. По классификации выделяют катаральный ларингит, хронический отечно-полипозный ларингит (болезнь Рейнке—Гайека), атрофический ларингит, гиперпластический ларингит. Среди данных форм хронического ларингита наиболее важной с точки зрения онконастороженности является хронический гиперпластический ларингит, который сопровождается метаплазией покровного эпителия, что, в свою очередь, часто приводит к развитию онкологического процесса.

Существует ряд клинических и объективных признаков, позволяющих предположить у пациента наличие рака гортани. Основными признаками являются: стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления гортанного стеноза. Кроме этого могут наблюдаться кашель, боль в горле, не проходящая на фоне антибактериального, противовоспалительного лечения, кровохарканье и увеличение регионарных лимфатических узлов. Визуально для новообразований характерны измененная слизистая оболочка, неровный контур, нарушение подвижности голосовых складок, односторонность процесса.

Выводы. В дифференциальной диагностике хронических ларингитов и раков гортани ключевое значение имеет онконастороженность врача, совершенное владение методами визуализации гортани и оценка факторов риска развития онкологических процессов. При этом окончательный диагноз ставится по результату гистологического исследования.

Частота выявления врожденных аномалий развития внутреннего уха у пациентов с аномалиями развития краниовертебрального перехода

И. И. Литовец¹, Т. С. Литовец²

¹ Детская республиканская клиническая больница, Казань, Российская Федерация

^{1,2} Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Российская Федерация

Frequency of detection of congenital anomalies of inner ear development in patients with congenital combined anomalies of craniovertebral junction development

I. I. Litovets¹, T. S. Litovets²

¹ Children's Republican Clinical Hospital, Kazan, Russian Federation

^{1,2} Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russian Federation

Актуальность. Синдром Клиппеля—Фейля — генетически детерминированная, врожденная аномалия шейного отдела позвоночника, проявляющаяся уменьшением количества и/или сращением двух или более позвонков в результате аномального формирования и/или сегментации. Синдром Клиппеля—Фейля — редкое заболевание, с частотой встречаемости, по данным разных авторов от 1: 20 000 до 1:120000 новорожденных, являясь наиболее частым врожденным пороком развития шейного отдела позвоночника, встречается чаще у лиц женского пола.

Существует значительная вариабельность фенотипических проявлений данной патологии, но в основном аномалия проявляется укорочением шеи, низким расположением границы роста волос на затылке и ограничением движений головой.

Как правило, данная аномалия всегда сопровождается сопутствующими аномалиями различных органов и систем: мочеполовой, сердечно-сосудистой, челюстно-лицевой, нервной, опорно-двигательной. Приблизительно в 25–40% случаев может сочетаться с различными врожденными аномалиями развития височных костей, преимущественно среднего и внутреннего

уха. Чаще всего, по данным литературы диагностируется деформация слуховых косточек, стеноз наружного слухового прохода, разные виды кохлеарных мальформаций.

Пациенты и методы. Проведена ретроспективная оценка рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) головы пациентов с установленным диагнозом синдром Клиппеля—Фейля с 2018 по 2025 г. У 16 пациентов из 18 (88,8%) обнаружены врожденные аномалии развития височных костей, из них аномалия развития среднего уха диагностирована у 7 пациентов (43,7%), внутреннего уха — у 12 (75%). У 3 пациентов из 16 наблюдалась сочетанная патология уха (18,7%).

Обсуждение. Несмотря на то, что синдром Клиппеля—Фейля встречается достаточно редко, часто эти пациенты не обследованы оториноларингологом. Своевременная диагностика, выполненная одновременно при подозрении на синдром Клиппеля—Фейля существенно улучшит прогноз лечения у пациентов с врожденными мальформациями височных костей.

Вывод. Всем пациентам с подозрением на синдром Клиппеля—Фейля требуется обязательная РКТ височных костей и консультация оториноларинголога.

Функциональное состояние верхнечелюстной пазухи при гиперплазии слизистой оболочки нижней стенки

М. М. Магомедов¹, Ш. Ю. Авкаева², Т. Н. Жоголева³, Ш. Ю. Авкаева⁴

^{1,2,3} Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

¹ Городская клиническая больница имени В. М. Буянова ДЗМ, Москва, Российская Федерация

⁴ Городская клиническая больница имени С. С. Юдина ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Functional state of the maxillary sinus in hyperplasia of the mucous membrane of the inferior wall

M. M. Magomedov¹, Sh. Yu. Avkaeva², T. N. Zhogoleva³, Sh. Yu. Avkaeva⁴

^{1,2,3} Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

¹ Buyanov City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

⁴ Yudin City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

Введение. К функциям верхнечелюстных пазух (ВЧП) относят всасывательную, выделительную, транспортную, защитную, резонаторную и калориферную. Нарушения этих функций разной степени выраженности могут наблюдаться при воспалительных, аллергических и атрофических процессах, новообразованиях, инородных телах в полости носа и ВЧП, деформациях внутриносовых структур, а также при наличии сопутствующей патологии зубочелюстной системы.

Цель исследования. Оценить состояние транспортной и всасывательной функций ВЧП при гиперплазии слизистой оболочки альвеолярной бухты разной степени выраженности. Следует отметить, что в доступной литературе содержится недостаточное количество публикаций, посвященных данной теме.

Пациенты и методы. Мы провели исследование 40 пациентов ($n = 40$) с односторонней гиперплазией слизистой оболочки нижней стенки ВЧП, разделенных на 2 группы: 1-я группа — толщина слизистой оболочки составляла от 1 до 5 мм; 2-я группа — толщина слизистой оболочки составляла от 6 до 10 мм.

Транспортную функцию мы оценивали с помощью пробы с метиленовым синим: краситель вводился в полость ВЧП через естественное соустье (ЕС), после чего при помощи торцевого эндоскопа определялся выход красителя из ВЧП в область среднего носового хода и фиксировалось время.

Для оценки всасывательной функции применялась проба Сагаловича Б. М. (1967), модифицированная Кузьминым М. В. (2005): в полость ВЧП через ЕС вводился 1% раствор атропина, далее ре-

гистрировалось время наступления мидриаза, по которому можно судить о всасывании препарата слизистой оболочкой пазухи.

Вышеописанные методики являются неинвазивными, не требуют специальной подготовки и в комплексе с общеклиническими, эндоскопическими и лучевыми методами исследования позволяют получить более полное представление о функциональном состоянии слизистой оболочки ВЧП.

Результаты. Установлено, что: в 1-й группе пациентов время выведения метиленового синего из пазухи, которое в норме составляет $20 \pm 1,7$ мин, занимало, в среднем 21 мин, а время наступления мидриаза после введения атропина, которое в норме составляет 60 ± 10 мин, занимало, в среднем 66 мин. У пациентов 2-й группы время выведения метиленового синего из пазухи занимало, в среднем 37 мин, а время наступления мидриаза составляло, в среднем 92 мин.

Заключение. Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что гиперплазия слизистой оболочки нижней стенки ВЧП толщиной до 5 мм не вызывает нарушений транспортной и всасывательной функций слизистой оболочки, а гиперплазия слизистой оболочки нижней стенки ВЧП толщиной от 6 до 10 мм может приводить к умеренным нарушениям транспортной и всасывательной функций слизистой оболочки ВЧП.

Описанные функциональные пробы могут быть рекомендованы для объективной оценки состояния слизистой оболочки ВЧП в составе комплексного обследования, а также при подготовке к костнопластическим стоматологическим вмешательствам.

Возможности оптической когерентной томографии в дифференциальной диагностике различных форм хронического ринита

А. Е. Меллер¹, М. А. Шахова², А. Б. Терентьева³, М. Ю. Кириллин⁴, А. В. Шахов⁵

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация

² Федеральный исследовательский центр «Институт прикладной физики» Российской академии наук (ИПФ РАН), Нижний Новгород, Российская Федерация

Possibilities of optical coherence tomography in differential diagnostics of various forms of chronic rhinitis

A. E. Meller¹, M. A. Shakhova², A. B. Terent'eva³, M. Yu. Kirillin⁴, A. V. Shakhov⁵

^{1,2,3,5} Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

⁴ Federal Research Center „Institute of Applied Physics“ of the Russian Academy of Sciences (IAP RAS), Nizhny Novgorod, Russian Federation

Введение. Хронический ринит (ХР) — заболевание, характеризующееся длительным воспалением слизистой оболочки полости носа в результате воздействия различных факторов, проявляющееся рядом местных симптомов (ринорея, зуд, образование корок и др.). Это одно из наиболее часто встречающихся в популяции заболеваний, охватывающее до 30% от общей численности населения. По патоморфологическим критериям выделяют катаральную, гипертрофическую и атрофическую формы ХР.

Однако, возможны и смешанные варианты. Персонализированный подход к диагностике и выбору лечебной тактики с учетом индивидуальных клинико-морфологических особенностей позволит достичь оптимального результата. Однако, при риноскопии, в том числе с использованием эндоскопа, не всегда удается верно распознать форму ХР. Это требует поиска новых или совершенствование существующих способов диагностики. Перспективной для этого может быть оптическая когерентная томография (ОКТ) — неинвазивный метод визуализации, который позволяет получить высококачественные изображения тканевых структур в режиме реального времени.

Цель исследования. Показать эффективность применения ОКТ для дифференциальной диагностики различных форм хронического ринита.

Пациенты и методы. Обследовано 85 пациентов ЛОР-отделения ГБУЗ НО «НОКБ им. Н. А. Семашко» (сбор жалоб и анамнеза, стандартный ЛОР-осмотр, эндоскопическое и ОКТ-обследование полости носа) в возрасте 32–74 лет, давшие добровольное информированное согласие. Критериями исключения являлись: перенесенные за последние 3 месяца ОРВИ и оперативные вмешательства в полости носа в анамнезе. Для ОКТ-исследования использована стан-

дартная установка ОКТ-1300У (ИПФ РАН, ООО «Биомедтех», Нижний Новгород.)

Результаты. Для окончательного анализа был отобран 51 пациент — 21 женщина (41%) и 30 мужчин (59%). На основании анамнеза, жалоб, данных риноскопии и эндоскопического обследования сформированы 3 группы: 1-я («относительная норма») — 14 пациентов, не предъявлявших назальные жалобы, без клинико-эндоскопических признаков ХР, 2-я — 24 пациента — визуально преобладают признаки гипертрофии; 3-я группа — 13 пациентов, визуально преобладают признаки атрофии. Всем пациентам проведено ОКТ-исследование при передней риноскопии, получено 306 ОКТ-изображений. Изображения в разных группах имели свои характерные особенности. В норме четко визуализировались два слоя: умеренно рассеивающий верхний слой — эпителий, ниже слой собственной пластинки, компактный, с более высокой интенсивностью сигнала; граница между ними достаточно четкая, соответствует базальной мембране. У 2-й группы верхний слой утолщен (по сравнению с группой «норма»), граница между эпителиальным слоем и собственной пластинкой размыта, линейные зоны гипоинтенсивного сигнала — наличие отека тканей, яркие зоны с повышенной интенсивностью сигнала — развитие склеротического процесса. На изображениях 3-й группы не визуализировался эпителий как отдельный оптический слой; слой собственной пластинки оказался практически однородным, почти невозможно было детектировать железы; границы между слоями не определялись; регистрировалось быстрое затухание сигнала.

Заключение. С помощью ОКТ возможно неинвазивно в режиме реального времени оценить внутреннюю структуру слизистой оболочки нижней носовой раковины и различить патоморфологические особенности различных форм ХР, что может оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм.

Особенности дифференциальной диагностики изолированных поражений клиновидной пазухи

Н. А. Мирошниченко¹, А. В. Бакотина², С. Р. Кабардиев³

^{1,2,3} *Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация*

Features of differential diagnosis of isolated lesions of the sphenoid sinus

N. A. Miroshnichenko¹, A. V. Bakotina², S. R. Kabardiev³

^{1,2,3} *Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation*

Изолированное заболевание клиновидной пазухи составляет от 1 до 3% от всех патологий околоносовых пазух. Патология клиновидной пазухи часто остается без должного внимания из-за ряда причин. В первую очередь, из-за анатомо-топографических особенностей пазухи в виде ее изолированного расположения и труднодоступности. Редкость диагностирования заболеваний клиновидной пазухи также объясняется тем, что симптомы поражения неспецифичны. Среди всех жалоб наиболее частой является головная боль в ретроорбитальной и затылочной областях. Вторая наиболее частая жалоба связана с локализованными нарушениями зрения, такими как диплопия, прогрессирующая односторонняя потеря зрения и угнетение полей зрения на стороне поражения. Ринологические проявления заболевания включают постназальное затекание и носовое кровотечение. Таким образом, больные длительное время находятся под наблюдением врачей смежных специальностей, таких как офтальмологи, неврологи и другие специалисты.

Среди изолированных заболеваний клиновидной кости наиболее часто встречаются воспалительные поражения различной этиологии. Хронический сфеноидит рассматривается как спектр инфекционных или воспалительных заболеваний, возникающих исключительно в клиновидной пазухе, либо с одной, либо с обеих сторон, сохраняющихся более 12 недель. Включает в себя

бактериальное, грибковое поражения и мукоцеле. В настоящее время они чаще диагностируются благодаря большей доступности диагностических инструментов, таких как эндоскопия и методы визуализации, включая КТ и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Ранняя диагностика с соответствующей рентгенологической оценкой и своевременным лечением являются важными факторами для снижения вероятности необратимых нейроофтальмологических осложнений.

Обследование пациентов с хроническим сфеноидитом не всегда дает четкой тактики дальнейшего ведения этих больных. Нормальный вид клиновидно-решетчатого кармана при эндоскопии носа не исключает патологии клиновидной пазухи. А по данным КТ клиновидной пазухи не всегда удается дифференцировать природу поражения. Также остается открытым вопрос о тактике ведения бессимптомных пациентов, у которых выявлены изолированные поражения клиновидных пазух по данным КТ или МРТ в виде случайной находки, в результате обследования по другим нозологиям.

Учитывая отсутствие специфических симптомов, в ряде случаев назальной симптоматики, остается важным разработка пошаговых алгоритмов ведения пациентов с хроническим сфеноидитом, подбор оптимального метода лечения в зависимости от этиологии и патогенеза развития воспаления пазухи.

Спортсмены (слепоглухие) с сочетанной патологией уха и глаз (синдром Ушера) в адаптивном спорте города Санкт-Петербург

Л. И. Мотрук¹

¹ *Городской врачебно-физкультурный диспансер, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Athletes (deafblind) with combined ear and eye pathology (Usher syndrome) in adaptive sports in Saint Petersburg

L. I. Motruk¹

¹ *City Medical and Physical Dispensary, Saint Petersburg, Russian Federation*

Введение. Синдром Ушера (синдром Ашера) — редкая наследственная патология, которая характеризуется частичной или полной утратой слуха и зрения. Представляет собой сочетание нейросенсорной тугоухости и пигментного ретинита. Основная причина развития синдрома Ушера — сбой, по меньшей мере, в 10 генах, которые кодируют различные белки, отвечающие за нормальную работу рецепторов во внутреннем ухе и фоторецепторов сетчатки глаза. Синдром Ушера наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Самая частая причина наследственной слепоглухоты. Его распространенность оценивается в 3,2–6,2 случая на 100 тыс. населения (по другим данным — 1:6000).

Качество жизни пациентов с синдромом Ушера значительно страдает из-за проблем со зрением и слухом. В настоящий момент ведутся разработки методов лечения этого заболевания. Все предпринимаемые меры направлены на компенсацию нарушенных функций и замедление течения патологии. Лечение заключается в поддержании физического здоровья, коррекции слуха (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) и поддержании зрения. Больным необходимо пожизненное соблюдение диеты, защита глаз от ультрафиолета. Для адаптации детей с синдромом Ушера, к жизни в социуме, важна помощь психологов, сурдопедагогов. Для изменения условий жизни, связанных с потерей слуха и зрения, рекомендуется изучение азбуки Брайля (тактильный шрифт), также научиться языку жестов, чтобы в более взрослом возрасте человек мог сохранить возможность общения с окружающим миром.

Цель исследования. Проанализировать количество спортсменов (слепоглухих) с сочетанной патологией уха и глаз (синдромом Ушера), занимающихся адаптивным спортом (вид спорта: велоспорт-тандем, спорт слепых) в городе Санкт-Петербург.

В Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» спортсмены проходят углубленное медицинское обследование.

В ГВФД проводят оказание медицинской помощи, предварительные и периодические медицинские осмотры, лечение, диспансерное наблюдение и медицинскую реабилитацию спортсменам.

За период с июля 2024 по июль 2025 г. ЛОР-врачами проведено 24 875 осмотров спортсменов. Из них спортсмены с патологией слуха (нейросенсорная тугоухость) 407 человек (1,64% от общего числа осмотренных). Из них с сочетанной патологией уха и глаз (т. е. слепоглухие) только 2 спортсмена (0,5% от общего числа по заболеванию). Мужчины в возрасте 36 и 39 лет. Спортсмены занимаются велоспортом-тандем, спорт слепых на базе СПб ГБУ «СПб ЦФКиС». В Санкт-Петербурге 15.02.2025 г. прошел «Чемпионат Санкт-Петербурга Спорт Слепых» по адаптивному виду спорта «Велоспорт-тандем, трек». В них участвовали 11 мужчин (самый взрослый мужчина 1978 года рождения, самый младший — 2005 года рождения) и 7 женщин (самая взрослая женщина 1992 года рождения, самая младшая — 2005 года рождения). Спортсмены, выполнив различные нормативы, заслужили спортивные разряды и звания: 4 человека — кандидаты в мастера спорта и 1 человек — мастер спорта. Слепоглухие спортсмены-инвалиды Санкт-Петербурга наблюдаются в генетическом центре, в ГБУЗ Глазном ДЦ № 7 и сурдологическом центре Санкт-Петербурга. В СПб ГВФД спортсмены ежегодно проходят углубленный медицинский осмотр для участия в тренировочном процессе и соревнованиях различных уровней.

Заключение. Спортсменов (слепоглухих) с сочетанной патологией уха и глаз (синдромом Ушера), занимающихся адаптивным спортом (вид спорта: велоспорт-тандем, спорт слепых) в Санкт-Петербурге очень мало, но, даже с такой высокой степенью инвалидизации, спортсмены занимаются спортом и показывают высокие результаты на тренировках и соревнованиях, одерживая свои, индивидуальные победы. Необходимо разработать и внедрить на законодательном уровне положения о количественном расширении спортивных бюджетных учреждений для людей-ин-

валидов. Необходимо поощрять людей, которые руководят и курируют спортсменов адаптивного спорта. Необходимо организовывать спортивные мероприятия для спортсменов всех районов города и регионов страны. Обязательно привлекать представителей СМИ, журналистов телеви-

дения и радио для демонстрации мероприятий и знакомств со спортсменами. Освещение истории спортивной карьеры каждого спортсмена адаптивного спорта, тем более слепоглухого — пропаганда здорового образа жизни и мотивация для будущих побед молодежи.

Клинические результаты внедрения индекса одонтогенности синуситов (OSI)

С. Ю. Наумов¹, С. А. Артюшкин², О. А. Дроздова³, Е. С. Наумов⁴

^{1,2,3,4} Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

^{1,3} Городская больница № 40, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Clinical results of the implementation of the Odontogenicity Index of Sinusitis (OSI)

S. Yu. Naumov¹, S. A. Artyushkin², O. A. Drozdova³, E. S. Naumov⁴

^{1,2,3,4} Mechnikov North-West State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

^{1,3} City Hospital No. 40, Saint Petersburg, Russian Federation

Актуальность. В многочисленных обзорах литературы по-разному оценивается причинная роль одонтогенных факторов в развитии патологии околоносовых пазух (ОНП) и их влияние на результаты лечения различных типов синуситов. Одонтогенные синуситы (ОС) в структуре воспалительной патологии ОНП, по оценкам разных авторов, составляют от 12 до 80%. По нашему мнению, такой разброс обусловлен отсутствием четких критериев верификации одонтогенности процесса при различных формах риносинуситов (РС), что, в свою очередь, снижает эффективность лечения ОС. Клиническое применение разработанного метода верификации одонтогенного генеза синуситов позволило раньше начинать патогенетическую терапию и добиться значимых результатов лечения данной патологии.

Цель. Оценить эффективность применения разработанного ранее интегрального индекса одонтогенности синуситов (OSI) в клинической практике лечения различных типов синуситов.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 513 пациента с острым синуситом и 239 пациента с хроническими синуситами различной локализации (с обязательным вовлечением верхнечелюстных пазух (ВЧП)), пролеченные в оториноларингологическом отделении СПб ГБУЗ Городская больница № 40 в 2023 и 2024 гг. Контролем служили показатели лечения таких

групп пациентов в 2022 г. Оценивались продолжительность лечения в днях и потребность в хирургической санации ВЧП, как первичного очага, в случаях выявления одонтогенной природы синуситов. Разделение по полу и возрасту пациентов, а также распространенность воспалительного процесса по ОНП в данном исследовании не проводилось. Ко всем пациентам были применены различные диагностические методы, в том числе: опрос на предмет выявления анамнестической связи с возможной ородентальной патологией, осмотр оториноларингологом в объеме оториноларингоскопии, мультиспиральная или конусно-лучевая компьютерная томография. Значимость выявленных признаков оценивалась путем применения ранее разработанного нами интегрального индекса одонтогенности синуситов (OSI). Лечение в группах отличалось в зависимости от наличия или отсутствия признаков ОС.

Результаты. Разработанный ранее интегральный индекс одонтогенности синуситов OSI был применен для стратификации пациентов на 2 группы (риногенные и одонтогенные синуситы) в зависимости от выявления одонтогенной природы синусита. Пациенты получали разное лечение в зависимости от принадлежности к той или иной группе. Различие заключалось в частоте применения пункций верхнечелюстных пазух (ВЧП), дифференцированный подход к эмпирическому назначению

Таблица 1

Количество пролеченных пациентов

Диагноз ²	2022	2023	2024	23+24
Острый верхнечелюстной синусит	218	211	190	401
Острый пансинусит	47	51	61	112
Всего	265	262	251	513
Обострение хронического верхнечелюстного синусита	87	85	59	144
Обострение хронического полисинусита	35	34	61	95
Всего	122	119	120	239

Таблица 2

Основные критерии эффективности лечения

	Наименование/год	2022	2023	2024
Острый риносинусит	Пункции ВЧП (в среднем на 1 пациента)	1063 (4,0)	1454 (5,6)	1346 (5,4)
	Эндоскопическая микрогайморотомия (в среднем на 1 пациента)	7 (0,03)	23 (0,09)	51 (0,2)
	Средний к/день	8,2	7,4	7,5
Обострения хронического риносинусита	Пункции ВЧП (в среднем на 1 пациента)	532 (4,4)	712 (5,9)	669 (5,6)
	Эндоскопическая микрогайморотомия (в среднем на 1 пациента)	11 (0,09)	28 (0,24)	31 (0,26)
	Средний к/день	9,1	8,1	7,8

антибактериальной терапии, сроках проведения санлирующей эндоскопической гайморотомии. Результаты лечения в обеих группах суммировались и сравнивались с результатами лечения пациентов с синуситами до применения OSI по сопоставимым критериям: продолжительность лечения и частота хирургической санации, в частности пункции ВЧП и эндоскопической гайморотомии.

Из представленных данных видно, что активное применение OSI привело к значительному росту хирургической активности, направленной на санацию гнойного очага, выходящего за рамки только оториноларингологии. Количество пункций на 1 пациента увеличилось на 35% при остром риносинусите, на 27% при обострении хронического, а количество операций выросло,

соответственно, в 7 и 3 раза. При этом средний койко-день лечения этих пациентов уменьшился на 10 % при остром процессе и на 16% при хроническом.

Выводы. Использование индекса OSI позволяет в большинстве случаев точно поставить диагноз ОС. Применение модифицированного протокола ведения пациентов с РС, позволяет повысить эффективность лечения за счет увеличения частоты выполнения хирургических вмешательств по поводу одонтогенных синуситов, что привело к сокращению среднего койко-дня. Оценить частоту рецидивирования синуситов с одонтогенной природой заболевания пока не представляется возможным из-за относительно короткого срока наблюдения.

Связь между потерей слуха и хронической болезнью почек: исследование в национальной больнице Тхайнгуен

Нгуен Тхи Фьонг Тхао¹, Нгуен Тхи Хонг Нюнг²

¹ Национальная больница, Тхайнгуен, Вьетнам

² Университет медицины и фармации Тхай Нгуен, Университет Тхай Нгуен, Тхайнгуен, Вьетнам

The association between hearing loss and chronic kidney disease: a study at Thai Nguyen national hospital

Nguyen Tkhi Fyong Tkhaio¹, Nguyen Tkhi Khong Nyung²

¹ National Hospital, Thai Nguyen, Vietnam

² Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University, Thai Nguyen, Vietnam

Введение. Внутреннее ухо — орган, чувствительный к изменениям эндотелиальной среды. Хроническая болезнь почек вызывает электролитный дисбаланс, ацидоз, гиперуремию и накопление уремических токсинов — все это может влиять на функцию слуха посредством повреждения волосковых клеток улитки.

Цель работы. Определить связь между потерей слуха и тяжестью хронической болезни почек и предоставить исходные данные для более эффективного скрининга и лечения этого осложнения.

Метод исследования. Пациенты в возрасте ≥ 18 лет с диагнозом хронической болезни почек, находящиеся на стационарном/амбулаторном лечении в Национальной больнице Тхай Нгуен. Поперечно-секционное описательное исследование с анализом. Время проведения: октябрь 2024 г. – май 2025 г., Национальная больница Тхай Нгуен. Размер выборки: 63 пациента с хронической болезнью почек, отобранных в соответствии с критериями выборки: анамнез, клиническая картина, применение лекарственных препаратов, сопутствующие заболевания. У пациентов измеряли уровень креатинина в крови, СКФ по формуле СКД-ЕРІ, проводили тональную аудиометрию в ЛОР-отделении, а уровень потери слуха классифицировали согласно ВОЗ 2021 (норма: < 20 дБ, легкая потеря слуха: 21–40 дБ, умеренная потеря слуха: 41–60 дБ, тяжелая потеря слуха: 61–80 дБ, полная потеря слуха: > 81 дБ).

Результаты. Доля пациентов с хронической болезнью почек с потерей слуха составила 29/63

(46,0%). Отмечена тенденция к увеличению частоты потери слуха в зависимости от стадии хронической болезни почек. Тяжелая хроническая болезнь почек и пожилой возраст были независимыми факторами риска потери слуха. Была выявлена четкая обратная корреляция между СКФ и уровнем потери слуха. Среднее значение СКФ постепенно снижалось с увеличением тяжести потери слуха. Тест ANOVA ($F = 5,6, p < 0,01$) продемонстрировал статистически значимую разницу между группами. Группа с нормальным слухом имела средний показатель креатинина в моче. В группе с тяжелой потерей слуха он составлял всего 720 мг/сут.

Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) показал, что разница в концентрации креатинина в моче между группами с потерей слуха была статистически значимой ($F = 4,73; p = 0,004$). Это предполагает, что нарушение функции клубочковой фильтрации может быть связано с потерей слуха из-за накопления уремических токсинов и снижения экскреции с мочой.

Заключение. Потеря слуха увеличивается с тяжестью хронической болезни почек, особенно на стадиях 4 и 5. Пожилой возраст и тяжелая стадия хронической болезни почек являются независимыми факторами риска. Была обнаружена статистически значимая отрицательная корреляция между рСКФ, уровнем креатинина в моче и потерей слуха. Это убедительно подтверждает гипотезу о том, что нарушение функции почечной фильтрации связано с повреждением внутреннего уха и потерей слуха.

Трахеостомия у детей с бронхолегочной дисплазией: частота, особенности клинического статуса и коморбидность пациентов, исходы

Д. Н. Никитина¹, Ю. Л. Солдатский², А. Ю. Кругляков³, Д. Ю. Овсянников⁴

^{1,2,3,4} Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ, Москва, Российская Федерация

⁴ Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

Tracheostomy in children with bronchopulmonary dysplasia: frequency, clinical status and comorbidity of patients, outcomes

D. N. Nikitina¹, Yu. L. Soldatskii², A. Yu. Kruglyakov³, D. Yu. Ovsyannikov⁴

^{1,2,3,4} Morozov Children's City Clinical Hospital of the Moscow Health Department, Moscow, Russian Federation

⁴ Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Части пациентов с бронхолегочной дисплазией (БЛД), нуждающимся в хронической ИВЛ, проводится трахеостомия, однако характеристика таких пациентов не представлена в отечественных исследованиях.

Цель работы. Установить частоту трахеостомии у детей с БЛД, особенности клинического статуса, коморбидность и исходы у данных пациентов.

Пациенты и методы. В одноцентровом когортном ретроспективном исследовании участвовали дети первого года жизни с диагнозом «БЛД». Пациенты госпитализировались в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в 2020–2023 гг. Оценивали демографические характеристики пациентов, их коморбидность, частоту летальных исходов, причины трахеостомии.

Результаты. В исследовании приняло участие 73 пациента в возрасте 2,0 [1,0; 5,0] месяцев, из них 45 (62,0%) мальчиков и 28 (38,0%) девочек, которых мы разделили на две группы: дети с БЛД и трахеостомой (14 детей) и дети с БЛД без трахеостомы (59 детей). Частота трахеостомии у детей грудного возраста с БЛД составляет 4,3% [95% ДИ 2,4%; 7,2%]. В структуре пациентов грудного возраста с трахеостомой на детей с БЛД приходится 18,7% [95% ДИ 10,6%; 29,3%]. У 14 детей с БЛД трахеостомия была произведена в медианном возрасте 3,5 [2,0; 6,0] мес., среднем возрасте — $4,4 \pm 2,7$ мес. Данные пациенты имели тяжелые коморбидные заболевания — перинатальное поражение ЦНС (все дети), врожденные пороки сердца (6 детей), синдром Эдвардса (2 ребенка), синдром Дауна (2 ребенка), CHARGE-синдром (2 ребенка). Пациенты с БЛД и трахеостомой, по сравнению с пациентами с БЛД без трахеостомы,

имели статистически значимо большие гестационный возраст ($p = 0,005$) и массу тела при рождении ($p = 0,046$), более частую потребность в ИВЛ ($p = 0,007$) и присвоении паллиативного статуса ($p < 0,001$). Из 8 детей с БЛД с трахеостомой с известным катамнезом летальный исход наступил у 5 (63%).

Заключение. Частота трахеостомии у детей грудного возраста с БЛД составляет 4,3% [95% ДИ 2,4%; 7,2%]. В структуре пациентов грудного возраста с трахеостомой на детей с БЛД приходится 18,7% [95% ДИ 10,6%; 29,3%], а среди всех детей, нуждающихся в трахеостомии — 5,2% [95% ДИ 2,9%; 8,5%].

Пациенты с БЛД и трахеостомой, по сравнению с пациентами с БЛД без трахеостомы, имели статистически значимо большие гестационный возраст ($p = 0,005$) и массу тела при рождении ($p = 0,046$), более частую потребность в ИВЛ ($p = 0,007$) и присвоении паллиативного статуса ($p < 0,001$).

Из 8 детей с БЛД с трахеостомой с известным катамнезом летальный исход наступил у 5 (63%) в течение года после постановки трахеостомы и был связан с тяжелой сопутствующей патологией.

Несмотря на наличие тяжелой дыхательной недостаточности и необходимости в длительной ИВЛ у детей с БЛД показанием для постановки трахеостомы, кроме БЛД, явилась тяжелая сопутствующая патология, включавшая перинатальное поражение ЦНС (у всех детей), ВПС (6 детей), синдром Эдвардса (2 ребенка), синдром Дауна (2 ребенка), CHARGE-синдром (2 ребенка).

Таким образом, потребность детей с БЛД в трахеостомии и хронической ИВЛ определяется тяжелой коморбидностью.

Течение репаративных процессов в слизистой оболочке полости носа в послеоперационном периоде

А. Н. Орел¹, М. А. Завалий²

^{1,2} Медицинский институт имени С. И. Георгиевского, Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Duration of reparative processes inside nasal mucosa in postoperative period

A. N. Orel¹, M. A. Zavaliy²

^{1,2} Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russian Federation

Морфофункциональная целостность эпителиального слоя респираторного тракта является обязательным условием для нормального функционирования мукоцилиарного клиренса — основного защитного механизма верхних и нижних дыхательных путей.

Цель исследования. Обосновать комплексный метод оценки влияния лекарственных препаратов на восстановление целостности мерцательного эпителия у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на перегородке носа и носовых раковинах для повышения эффективности послеоперационного лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 120 пациентов с диагнозом «Искривление перегородки носа. Хронический вазомоторный ринит» в пред- и послеоперационном периоде. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от метода послеоперационного ведения. В первой группе в послеоперационном периоде использовался только аспирационный туалет полости носа. Во второй группе после механического туалета полости носа использовался изотонический солевой раствор в виде спрея. У пациентов третьей группы в послеоперационном периоде после туалета полости носа использовался изотонический солевой раствор в виде спрея, после чего эндоназально применялся препарат дезоксирибонуклеината натрия.

Для оценки восстановления целостности клеток и клеточного метаболизма определялись лактатдегидрогеназа (ЛДГ), сукцинатдегидрогеназа (СДГ) и аденозинтрифосфатаза (АТФ-аза) в мазках-отпечатках слизистой оболочки. В целях изучения динамики процессов регенерации на тканевом уровне определялись трансформирующий фактор роста бета (TGF-β) и матриксная металлопротеиназа 9 (MMP-9) в назальном секрете методом иммуноферментного анализа.

Мазки-отпечатки слизистой оболочки полости носа для определения клеточных ферментов брались за сутки до оперативного вмешательства, на 3-й, 5-й, 7-й день и через 2, 3 и 4 недели после операции. Назальный секрет для определения тканевых ферментов исследовался на 1-й, 2-й, 3-й

и 4-й неделях. Сроки забора материала обосновывались фазами течения раневого процесса.

Также проводилась эндоскопическая визуализация полости носа на указанных сроках послеоперационного периода и сбор субъективных ощущений пациентов.

Результаты исследования. Во всех группах на следующий день после операции наблюдалась тенденция к стремительному росту ЛДГ, существенному снижению АТФ-азы и СДГ. Такая же динамика сохранялась до 5–7-го дня послеоперационного периода.

Начиная с 7-го дня, в третьей группе наблюдалось постепенное снижение уровня активности ЛДГ и повышение активности уровней СДГ и АТФ-азы с выходом на дооперационный уровень к концу 3-й недели лечения. Такие же изменения наблюдались и во второй группе, однако восстановление уровней ЛДГ, СДГ и АТФ-азы начинались позже и выходили на дооперационные уровни к концу первого месяца. В первой же группе активность указанных ферментов не достигала исходной даже к концу периода наблюдения.

У пациентов в предоперационном периоде MMP-9 либо не определялся, либо определялся в статистически незначительных количествах. Аналогичные показатели были выявлены и у TGF-β. У большинства пациентов отмечалось стойкое повышение MMP-9 в назальном секрете, начиная с первой до третьей недели, после чего его уровень оставался приблизительно одинаковым. Уровни TGF-β нарастали в послеоперационном периоде во всех группах с максимальными его значениями на 2-й неделе, после чего наблюдалось постепенное понижение в течение периода наблюдения.

Выводы. У пациентов с более высоким уровнем MMP-9 и более высокой концентрацией TGF-β в назальном секрете на 4-й неделе коррелируют с более быстрым восстановлением уровней активности СДГ и АТФ-азы и нормализацией уровня ЛДГ до предоперационного уровня. Наиболее выражено эти изменения фиксируются при использовании препарата дезоксирибонуклеината

натрия. Это является свидетельством того, что процессы регенерации проходят синхронно на всех уровнях организации ткани. Кроме того, немаловажным является то, что морфофункцио-

нальные улучшения сочетаются с субъективными ощущениями пациентов и данными эндоскопического осмотра, что позволяет значительно улучшить комплаенс врача и пациента.

Возможности эндоскопического подхода в лечении хронического гнойного среднего отита у детей

Г. А. Полев¹, И. В. Зябкин², А. М. Магомедова³

^{1,2,3} Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Российская Федерация

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

³ Ильинская больница, Москва, Российская Федерация

Possibilities of the endoscopic approach in the treatment of chronic purulent otitis media in children

G. A. Polev¹, I. V. Zيابкин², A. M. Magomedova³

^{1,2,3} Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

³ Ilyinskaya Hospital, Moscow, Russian Federation

Введение. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) в большинстве случаев сопровождается холестеатомой — эпителиальным субстратом с тенденцией к пассивному диффузному росту. Холестеатома ассоциирована с высоким риском деструкции костных структур среднего уха, цепи слуховых косточек, канала лицевого нерва, что приводит к стойкому снижению слуха, вплоть до полной глухоты, и может привести к парезу лицевого нерва.

Холестеатому можно удалить только хирургически. Одним из основных критериев эффективности лечения является отсутствие дальнейших рецидивов. Учитывая особенности строения среднего уха, добиться полноценного обзора и интраоперационного контроля за оставшимися участками холестеатомы достаточно затруднительно. Использование эндоскопической оптики позволяет осмотреть все отделы барабанной полости, и при этом избежать дополнительного удаления костной ткани.

Применение эндоскопической оптики возможно и на этапах операции в целях полноцен-

ной визуализации среднего уха и обеспечения полноценного визуального контроля за глубокими синусами барабанной полости.

Изолированно эндоскопический подход подразумевает малоинвазивный трансканальный доступ, отсутствие заушного разреза, и возможность осмотреть барабанную полость под разными углами.

Материалы и методы. 29 пациентов в возрасте от 4 до 17 лет с холестеатомой, ограниченной барабанной полостью, перенесли эндоскопическую санирующую операцию в ФНКЦ детей и подростков ФМБА. Всем пациентам в рамках предоперационной подготовки проводилось МСКТ височных костей, неэхопланарная диффузно-взвешенная МРТ DWI височных костей, а также тональная пороговая аудиометрия детям старше 6 лет, игровая аудиометрия детям от 4 до 6 лет. Хрящевой козелковый трансплантат был использован у всех пациентов (29), у 5 пациентов дополнительно был использован участок височной фасции. Все операции проводились в условиях общей анестезии, с помощью ригидного эндоскопа 0°,

4 мм. У детей младше 5 лет применялся эндоскоп 2,7 мм. Через 3 и 6 месяцев после операции проводились плановые осмотры с отоэндоскопией, через 12 месяцев после операции проводились контрольные исследования в объеме МРТ и МСКТ височных костей. У 14 пациентов интраоперационно были частично или тотально удалены слуховые косточки в связи с их кариозной деструкцией или лизисом, вызванным холестеатомой. Поскольку в этих случаях слухоулучшающий этап операции (установка протеза слуховых косточек) проводится отсроченно, результаты оценки слуха не включены в исследование.

Результаты. По результатам отоэндоскопии через 6 месяцев после операции у 28 пациентов отмечалась васкуляризация неотимпанальной мембраны, у 1 пациента — реперфорация с признаками рецидива ХГСО. По данным контрольных исследований через 12 месяцев в объеме МСКТ и МРТ височных костей и их специфической об-

работки методом слияния признаки рецидива (появления тканей холестеатомы в барабанной полости) обнаружены дополнительно у 2 пациентов. Таким образом, у 26 пациентов, перенесших полностью эндоскопическое удаление холестеатомы, не отмечалось признаков рецидива через год с момента операции.

Заключение. Полностью эндоскопический подход к удалению холестеатомы у детей демонстрирует достаточную эффективность. Среди основных преимуществ можно выделить отсутствие заушного разреза, отсутствие необходимости удаления большого количества костной ткани, возможность визуального контроля в синусах барабанной полости, осмотр которых крайне затруднителен при использовании микроскопического подхода, а также возможность сохранить слуховые косточки в некоторых случаях, что позволяет уменьшить травматичность вмешательств.

Диагностика дисфонии — междисциплинарный подход

С. Г. Романенко¹, Д. И. Курбанова², О. Г. Павлихин³, Е. В. Лесогорова⁴,
М. В. Тардов⁵, М. Г. Тимофеева⁶

^{1,2,3,4,6} Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

⁵ Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва, Российская Федерация

Diagnosis of dysphonia - an interdisciplinary approach.

S. G. Romanenko¹, D. I. Kurbanova², O. G. Pavlikhin³, E. V. Lesogorova⁴,
M. V. Tardov⁵, M. G. Timofeeva⁶

^{1,2,3,4,6} Sverzhhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow, Russian Federation

⁵ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Дисфония — полиэтиологический синдром. Диагностика этиологии дисфонии часто требует тщательное многоплановое обследования пациента с привлечением врачей других специальностей. Дисфония может являться первым и значимым для пациента симптомом серьезного заболевания: неврологической или желудочной патологии, заболеваний соединительной ткани, опухолевого процесса с локализацией в области головы, шеи, грудной клетки.

При диагностике неврологической патологии в первую очередь следует обращать внимание на такие симптомы как: нарушение речи в целом и

артикуляции; гнусавость; дисфагию; нарушение вкусовой чувствительности; наличие асимметрии языка и мягкого неба; снижение глоточного рефлекса; наличие тиков, фасцикуляций языка. При дисфагии необходимо тщательно собирать анамнез, обращая внимание на такие симптомы как похудание, откашливание пищи, попадание пищи в носоглотку и проводить эндоскопическое исследование акта глотания, что не сложно сделать в любых условиях. Особое внимание следует при этом уделять сочетанию паралича гортани с симптомами одновременного поражения IX, X, XI, XII черепно-мозговых нервов, что свидетельству-

ет о патологии, которая локализуется в области ствола мозга, яремного отверстия.

При обследовании пациента с парезом гортани неясного генеза следует провести онкопоиск в области головы, шеи, грудной клетки, выполнив КТ органов шеи, грудной клетки, УЗИ щитовидной железы, консультацию врача-невролога и МРТ головного мозга. Из обследованных нами 608 пациентов с парезом гортани неясной этиологии у 363 были выявлены: новообразования щитовидной железы, левого легкого, средостения, аневризма аорты, боковой амиотрофический склероз, лимфаденопатия и метастатический процесс в средостении и шее, ревматизм с анкилозом перстнечепаловидного сустава, патология шейного отдела позвоночника (остеофиты), синдром Колле—Сикара.

Большое внимание уделяется значению ГЭРБ в развитии патологии гортани, которая сопровождается дисфонией. Если раньше врачи не знали о существовании такой зависимости, то в настоящее время отмечается гипердиагностика ГЭРБ, как причины дисфонии. Выявление гранулемы гортани, а также внепищеводных проявлений ГЭРБ: утолщения, складчатости и отека слизистой оболочки, налетов, слизи в межчепаловидной области и в области чепаловидных хрящей, в сочетании с жалобами пациента на хронический

кашель, «ком в горле», ощущение нехватки воздуха, жжение, першение в проекции гортани и за грудиной являются поводом для консультации врача-гастроэнтеролога, который диагностирует ГЭРБ и проводит антирефлюксную терапию.

Особую группу составляют заболевания соединительной ткани, которые проявляются различными формами системных ларингитов и бамбуковыми узелками голосовых складок. При выявлении у пациента системного ларингита или бамбуковых узелков следует проводить скрининговое исследование, которое включает в себя: СРБ, клинический анализ крови, Волчаночный антиген, АЦЦП (Антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду), С-Анца, Р-Анца, Антинуклеарный фактор, КТ легких, УЗИ почек с последующей консультацией ревматолога и/или биопсией (кроме случаев бамбуковых узелков, которые не подлежат хирургическому лечению).

Внимательный сбор анамнеза, анализ всех, имеющихся у пациента жалоб и клинических симптомов, а также, привлечение к обследованию пациента врача других специальностей и проведение комплексного клинико-лабораторного обследования позволит поставить правильный диагноз в сложных клинических случаях, где ведущим симптомом является дисфония.

Электростимулирующая терапия одностороннего пареза гортани

С. Г. Романенко¹, О. Г. Павлихин², Е. В. Лесогорова³, Д. И. Курбанова⁴, Д. И. Красильникова⁵,
О. В. Елисеев⁶, Е. А. Сафьянникова⁷

1,2,3,4,4,6,7 Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Electrical stimulation in the treatment of unilateral laryngeal paralysis

S. G. Romanenko¹, O. G. Pavlikhin², E. V. Lesogorova³, D. I. Kurbanova⁴, D. I. Krasil'nikova⁵,
O. V. Eliseev⁶, E. A. Saf'yannikova⁷

1,2,3,4,5,6,7 Sverzhhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Оценить эффективность лечения пациентов с односторонним парезом гортани (ОПГ) с применением синусоидальных модулированных токов (СМТ) и нейромышечной электро-фонопедической стимуляции гортани (НМЭФС).

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 24 пациентов с ОПГ в возрасте от 45 до 59 лет (мужчин — 10, жен-

щин — 14). Этиология пареза распределилась следующим образом: 10 пациентов перенесли тиреоидэктомию, 6 – каротидную эндартерэктомию, 8 пациентов — с неясной этиологией ОПГ. Длительность заболевания у большинства варьировала от 1–3 месяцев, в 5 случаях — 5–6 месяцев.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа ($n = 13$) — курс СМТ-терапии, 2 группа ($n = 11$) — курс НМЭФС гортани. Все пациенты

были проконсультированы физиотерапевтом. Оба вида электростимуляций предполагают использование низкочастотных электротоков: при СМТ-терапии — переменные модулированные токи, при НМЭФС гортани — импульсная гальванизация (IG 30, IG50) и экспоненциальный ток (T/R). Преимуществами НМЭФС гортани является сочетанное воздействие токов и фонопедии, то есть феномен одномоментной периферической (за счет импульсного тока) и центральной (за счет фонопедических упражнений) стимуляции мышц гортани.

Курс НМФЭС состоял из 10 ежедневных процедур, в ходе занятий использовали комплекс фонопедических упражнений, входящих в программное обеспечение прибора. Курс СМТ-терапии курс включал 10 ежедневных процедур в режиме чередования модулированного тока с паузами (II род работы).

Эффективность лечения оценивали по результатам видеоларингостробоскопии, степени охриплости по Yanagihara и времени максимальной фонации (ВМФ). Во время лечения пациенты не принимали стимулирующей медикаментозной терапии и не проводили занятия с фонопедом.

Результаты. Особенности клинико-функционального состояния гортани в исследуемых группах до лечения — у всех пациентов парализованная голосовая складка занимала парамедианное или интермедианное положение, компенсаторное участие вестибулярного отдела на парализованной стороне наблюдали у 8 пациентов, явлений стеноза гортани не было ни у одного пациента. При видеоларингостробоскопии — колебания парализованной голосовой складки были резко сниженной амплитуды или отсутствовали, в фазе остановки смыкание с формированием линейной щели 1-3 мм. ВМФ было снижено до 6–9 с у всех пациентов; охриплость II степени — у 12, III степени — у 8 и IV степени — у 4 пациентов.

После лечения у 3 пациентов в 1 группе и у 5 пациентов во 2 группе зафиксировано частичное восстановление подвижности парализованной половины гортани — появление минимальных движений приведения черпаловидного хряща и

голосовой складки, ограничение подвижности сохранялось при отведении. У этих же пациентов отмечено улучшение вибраторных характеристик при видеоларингостробоскопии: нормализация амплитуды колебаний, улучшение смыкания при фонации. ВМФ у этих пациентов увеличилось в среднем на 8–10 с, степень охриплости сократилась с III и II степеней до I степени и полной компенсации голосовой функции.

У остальных пациентов в обеих группах улучшения подвижности парализованной половины гортани зафиксировано не было, однако, отмечено улучшение тонуса голосовых складок. При видеоларингостробоскопии — улучшение амплитуды колебаний, с сохранением несинхронности и нерегулярности, в фазе остановки щель 1–2 мм. Во 2 группе ВМФ увеличилось в среднем на 7–8 с, в 1 группе СМТ-терапии на 5 с.

Полная компенсация голосовой функции отмечена у 3 пациентов группы НМЭФС, степень охриплости в обеих группах сократилась до I и II степени у 11 пациентов и сохранилась III степени у 2 пациенток.

В процессе лечения все пациенты обеих групп субъективно отметили улучшение качества и выносливости голоса, а также появление более комфортных ощущений в области гортани, уменьшение ощущения кома в горле. В группе НМЭФС гортани данных эффект наблюдали раньше, с 3-5 процедуры.

Заключение. Максимальный эффект от электростимулирующей терапии в обеих группах отмечен у пациентов с наименьшей длительностью заболевания (до 3 месяцев), тогда как у двух пациенток с длительностью заболевания 5-6 месяцев мы не получили значительного положительного результата. Этиология ОПГ не имела существенного значения при оценке эффективности лечения, а наиболее значимой явилась длительность заболевания. Электростимулирующая терапия показала высокую эффективность и может быть включена в комплексное лечение пациентов с ОПГ. Необходимо начинать лечение ОПГ в максимально ранние сроки, по возможности предпочтение следует отдавать НМЭФС гортани.

Локальные изменения в антруме, адитусе и эпитимпануме при сохранный барабанной перепонке: нужна ли ревизия?

В. А. Сайдулаев¹, А. С. Юнусов², В. П. Шпотин³, И. Д. Мухмадов⁴,
М. М. Бурзаханов⁵, А. Л. Ефремов⁶

1,2,3,4,5,6 Астраханский филиал, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Астрахань, Российская Федерация

Local changes in the antrum, aditus and epitympanum with an intact tympanic membrane: is revision necessary?

V. A. Saidulaev¹, A. S. Yunusov², V. P. Shpotin³, I. D. Mukhmadov⁴,
M. M. Burzakhanov⁵, A. L. Efremov⁶

1,2,3,4,5,6 Astrakhan branch, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of Federal Medical Biological Agency of Russia, Astrakhan, Russian Federation

Введение. Как острая, так и хроническая патология среднего уха приводит к изменениям не только в барабанной полости, но и в сосцевидном отростке. В некоторых случаях даже при сохранный барабанной перепонке и наличии пневматического типа сосцевидного отростка могут наблюдаться локальные патологические изменения в антруме, адитусе и эпитимпануме. В литературе вопрос необходимости ревизии сосцевидного отростка при патологических изменениях в нем по данным компьютерной томографии (КТ) при сохранный барабанной перепонке остается дискутабельным.

Цель исследования. Проанализировать клинические данные, КТ височных костей и интраоперационные находки у пациентов с локальными КТ-изменениями в антруме, адитусе и эпитимпануме при сохранный барабанной перепонке.

Материалы и методы. Было прооперировано 25 пациентов с локальными КТ-изменениями в антруме, адитусе и эпитимпануме при сохранный барабанной перепонке. Всем пациентам в динамике выполнена отоэндоскопия, отомикроскопия, тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия, КТ височных костей.

Результаты исследования. У всех пациентов при отомикроскопии визуализировалась сохранный барабанная перепонка, перфорация не обнаружена. 21(84%) пациент предъявлял жалобы на дискомфорт или боль в заушной области, в 4(16%) случаях изменения в антруме, адитусе и эпитимпануме были случайной находкой. 17(68%) пациентов предъявляли жалобы на снижение слуха, что было подтверждено данными тотальной пороговой аудиометрии (ТПА): в 12(48%) случаях — кондуктивная тугоухость, в 5(28%) случаях смешанная тугоухость. Во всех случаях по данным КТ выявлены патологические изменения в антруме с блоком адитуса, в некоторых случаях (24%) выявлены патологические изменения и в эпитимпануме. В 12(48%) случаях наблюдали патологические изменения в антруме и в адитусе в виде тимпаносклеротических бляшек с блоком

адитуса. У этих пациентов при отоскопии были выявлены мирингосклеротические бляшки. Всем 25 пациентам выполнена антромастоидотомия как этап тимпаноластики с трансмастоидальной ревизией антрума, адитуса и эпитимпанума. Удаление тимпаносклеротических бляшек представляло определенные трудности, связанные с их плотным контактом с телом наковальни и головкой молоточка. Для недопущения развития сенсоневральной тугоухости перед удалением бляшек выполняли дезартикуляцию наковальне-стременного сочленения (НСС). После удаления бляшек и устранения блока адитуса восстанавливали НСС с использованием биологического клея или стеклоиономерного цемента. В некоторых случаях приходилось удалять наковальню из-за невозможности восстановить подвижность цепи слуховых косточек и устранения блока адитуса (34%). В таких случаях для реконструкции цепи слуховых косточек использовали частичный протез. У части пациентов (36%) наблюдались грубые фиброзные тяжи, удаление которых представляло некоторые трудности. Слизистая оболочка антрума у всех оперированных пациентов была отечна, полипозно изменена. Устранение блока адитуса при наличии подвижной цепи слуховых косточек представляло значительные трудности. Попытки удалить такую слизистую оболочку могут приводить к кровотечению и травме внутреннего уха с развитием сенсоневральной тугоухости, а дезартикуляция НСС может стать причиной изменений слуха даже после его восстановления. В таких случаях для создания дополнительного пути вентиляции проводили широкую заднюю тимпанотомию.

Таким образом, анализ интраоперационных находок показал, что даже при локальных КТ-изменениях в антруме, адитусе и эпитимпануме при сохранный барабанной перепонке необходима ревизия среднего уха с устранением блока адитуса. Выполнение задней тимпанотомии создает дополнительный путь вентиляции полостей среднего уха.

Консультирование как базовый терапевтический подход у пациентов с шумом в ушах

К. В. Савранская¹, Н. А. Мирошниченко², Н. С. Рыжкова³

^{1,2,3} Российский государственный университет медицины, Москва, Российская Федерация

Consultation as a basic therapeutic approach in patients with tinnitus

K. V. Savranskaya¹, N. A. Miroshnichenko², N. S. Ryzhkova³

^{1,2,3} Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

Введение. Распространенность шума в ушах среди взрослого населения во всем мире составляет 14,4%, если перевести эти данные в цифры, получится 740 миллионов человек. Говоря о методах коррекции, S. Meijers et al. в 2023 г. сравнили 13 типов терапевтического подхода к лечению тиннитуса, описанных в 10 зарубежных клинических практических руководствах. Авторы обнаружили, что консультирование и когнитивно-поведенческая терапия были единственными методами лечения, рекомендованными абсолютными всеми руководствами.

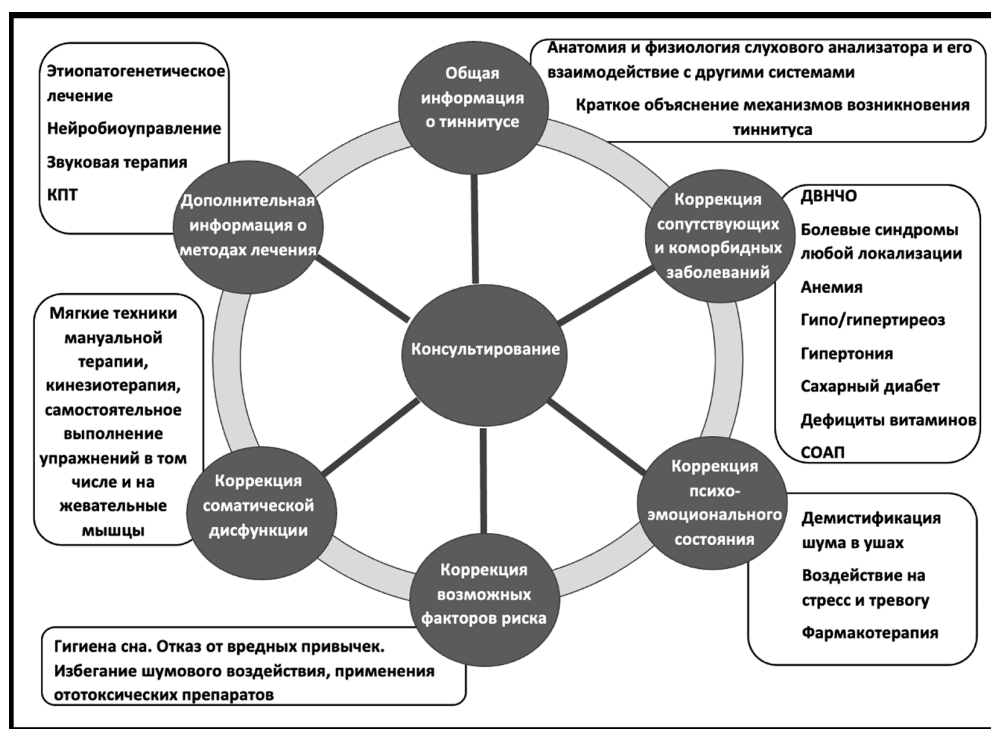
Цель. Оценить эффективность консультирования пациентов с шумом в ушах.

Материалы и методы. На кафедре оториноларингологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» было проведено исследование, в котором приняли участие 117 пациентов с хроническим тиннитусом. Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от объема

планируемого лечения. В 1-ю группу вошли 48 пациентов, необходимый объем терапии у которых ограничивался консультированием. 2-я группа представлена 46 пациентами, которым помимо консультирования, назначали фармакотерапию. 3-ю группу составили 23 человека, которым, помимо консультации, требовались фармакотерапия и хирургическое лечение.

Пациенты всех групп заполняли валидированный опросник, определяющий уровень обремененности шумом в ушах (Tinnitus Handicap Inventory — THI) дважды в течение первого визита: в начале и в конце приема после проведения диагностических мероприятий и консультирования.

Результаты. Средние значения в баллах опросника THI до и после консультирования распределились по группам следующим образом: 1-я группа — 51,6 и 14,7; 2-я группа — 74,1 и 49,5; 3-я группа — 67,3 и 35. Таким образом средние зна-



чения ТНН 117 пациентов с хроническим тиннитусом до консультации и после составили 63,1 и 33 соответственно. При этом наиболее выраженное снижение уровня обремененности тиннитусом в течение первого визита в 3,5 раза было отмечено в 1-й группе, а средний уровень — сократился в 1,9 раза после проведенного консультирования.

Уровень обремененности тиннитусом в первой группе был ниже по сравнению со второй и третьей группами, в связи с меньшим вовлечением психоэмоциональной сферы.

Показатели, полученные в конце приема, свидетельствуют о том, что для первой группы единственным и достаточным методом терапии было консультирование, которое пациенты получили

в полном объеме в ходе своего первого визита. Тогда как второй и третьей группе потребовалось продолжение лечения.

Предлагаем вам модель консультирования пациента с тиннитусом (рис.).

Проведенное нами исследование убедительно свидетельствует об эффективности консультирования как базового терапевтического подхода в лечении шума в ушах.

Заключение. Подводя итог, хотелось бы отметить, что шум в ушах — это заболевание, от которого страдают миллионы людей. Консультирование может стать наиболее важным и даже единственным компонентом в терапии шума в ушах во всех стратегиях лечения.

Особенности послеоперационного ухода за пациентами с хроническими риносинуситами

В. А. Сайдулаев¹, Т. И. Остроухов², В. П. Шпотин³, У. В. Эдильсултанов⁴, Э. В. Остроухова⁵

^{1,2,4} Астраханский филиал, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России, Астрахань, Российская Федерация

^{3,5} Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

Postoperative care of patients with chronic rhinosinusitis

V. A. Saidulaev¹, T. I. Ostroukhov², V. P. Shpotin³, U. V. Ehdil'sultanov⁴, E. V. Ostroukhova⁵

^{1,2,4} Astrakhan branch, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of Federal Medical Biological Agency of Russia, Astrakhan, Russian Federation

^{3,5} Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Astrakhan, Russian Federation

Введение. Ввиду того, что не разработаны стандарты послеоперационного ведения пациентов, перенесших функциональную эндоскопическую хирургию носа и околоносовых пазух (FESS), каждый специалист вынужден руководствоваться собственным опытом, что приводит к большому количеству расхождений в работе даже в рамках одного лечебно-профилактического учреждения. Накопленный научный опыт отражает разность мнений ученых по поводу регулярности послеоперационного ухода у пациентов после эндоскопической синус-хирургии. Более ранние работы указывают на необходимость минимального послеоперационного наблюдения и очищения полости носа. Более поздние работы описывают приверженность интенсивному послеоперационному очищению полости носа в течение первой недели после операции в целях минимизации риска развития блока соустьев околоносовых пазух. Однако, необходимо учитывать, что такие процедуры очищения полости носа доставляют дискомфорт пациентам и более ресурсозатратны для специалистов.

Цель работы. Определить особенности послеоперационного ухода за пациентами с хроническими риносинуситами.

Материалы и методы. Для участия в исследовании были приглашены 24 пациента, которым выполнена эндоскопическая синус-хирургия по поводу хронического полипозного риносинусита в Астраханском филиале Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России, из них 13 мужчин и 11 женщин. Возрастной диапазон пациентов составил 19–57 лет. Пациенты были разделены на первую ($n = 12$) и вторую группы ($n = 12$), которые отличались регулярностью послеоперационных посещений специалиста. Всем пациентам

было назначено стандартное послеоперационное лечение, была установлена регулярность последующих посещений специалиста: три визита на протяжении 6 недель через каждые 2 недели — в первой группе, визиты через день до 3 недель — во второй группе. При этом послеоперационное очищение в период посещения специалиста производилось при помощи эндоскопа, хирургического аспиратора и набора эндоскопических инструментов одинаково в обеих группах в целях обеспечения дальнейшего сравнительного анализа.

Финальная оценка результатов послеоперационного ухода производилась спустя 6 недель наблюдения с определением эндоскопической картины в обеих группах. При этом учитывались следующие эндоскопические критерии изменений слизистой оболочки носа и околоносовых пазух: наличие отека, полипов, грануляций, слизисто-гнойного отделяемого, корок и спаяк.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования мы не обнаружили существенной разницы между изменениями слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух относительно выраженности или наличия отека (наблюдался у 2 пациентов первой группы (16,6%), у 1 пациента второй группы (8,3%)); полипов (отсутствовали у 100% пациентов двух групп); грануляций (отсутствовали у 100% пациентов двух групп); слизисто-гнойного отделяемого (отсутствовало у 100% пациентов первой группы, наблюдалось у 1 пациента из второй группы (8,3%)); корок (наблюдались у 2 пациентов первой группы (16,6%), у 2 пациентов второй группы (16,6%)) и спаяк (отсутствовали у 100% пациентов двух групп). При этом важно отметить, что все пациенты двух групп в послеоперационном периоде предъявляли жалобы на то, что процедуры были

достаточно болезненны, даже при использовании местного анестетика, доставляли дискомфорт и отягощали процесс выздоровления в целом.

Заключение. По результатам нашей работы более частое интенсивное очищение полости носа в целях эффективной регенерации тканей у пациентов, перенесших эндоскопическую синус хирургию, в сравнении с проведением этих же

процедур реже (через каждые 2 недели), не отличалось выраженной разницей при оценке финальной риноскопической картины по истечении 6 недель наблюдения. Частое послеоперационное очищение, очевидно, имеет более высокую ресурсозатратность со стороны системы здравоохранения, а также доставляет в послеоперационном периоде дискомфорт самому пациенту.

Результаты лечения пациентов с ранениями шеи и повреждением гортани осколками при МВТ

К. Г. Селезнев¹, С. А. Долженко², П. В. Андреев³, З. Т. Климов⁴

^{1,2,3,4} Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького, Донецк, Российская Федерация

The results of patients' treatment with neck traumas involving laryngeal damage in shrapnel mine-explosive injuries

K. G. Seleznev¹, S. A. Dolzhenko², P. V. Andreev³, Z. T. Klimov⁴

^{1,2,3,4} M. Gorky Donetsk State Medical University, Donetsk, Russian Federation

Актуальность проблемы. Минно-взрывные травмы (МВТ) шеи с повреждением гортани могут быть довольно серьезными и приводить к летальному исходу. Известно, что после черепно-мозговых травм повреждения гортани являются второй по распространенности причиной смерти пациентов с травмами головы и шеи. Так смертность при закрытой травме гортани может составлять около 25%, а при открытой травме — 13,6%. Эти особенности связаны с высоким риском нарушения проходимости верхних дыхательных путей с дальнейшим развитием асфиксии, возможностью сочетанного повреждения магистральных сосудов шеи с профузным кровотечением или ранением пищевода, осложненного медиастенизмом, в случаях, когда невозможна своевременная эвакуация пострадавшего в профильное лечебное учреждение, а также высоким уровнем инвалидизации. В нашем регионе данная патология стала особенно актуальной после начала Специальной Военной Операции (СВО), в ходе которой активно начали использоваться современные виды оружия, в частности беспилотные летательные аппараты, применение которых часто приводит к множественным, сочетанным, мультиорганным и крайне тяжелым ранениям.

Цель исследования. Описать наш опыт диагностики и выбора метода хирургического лечения у пациентов с ранениями шеи и повреждением гортани осколками при МВТ.

Материалы и методы. В оториноларингологическом отделении ГБУ ДНР «РКБ им. М. Калинина» в период с января 2025 года по июль 2025 года нами оказана помощь 17 пациентам с МВТ шеи с проникновением осколков в гортань. Все пострадавшие были мужчины в возрасте от 21 до 56 лет, доставлены с давностью ранения от 5 часов до 7 дней. Сочетанные ранения были у — 14 раненых (82,4%). У всех раненых отмечалось интенсивная боль при движении головы, нарушение голосовой функции, боль при глотании. В 52,9% случаев отмечалась аспирация пищи, в 88,2% случаев пальпировалась подкожная эмфизема, наблюдалось кровотечение у 7 раненых (41,2%). Дыхательная недостаточность разной степени выраженности была у (94% раненых).

Осмотр начинался с оценки тяжести состояния, определения степени нарушения дыхательной функции, наличия кровотечения и внешних повреждений. Всем пациентам была проведена эндоларингоскопия 70° эндоскопом фирмы «STORZ» с оценкой размера гематомы, отека, наличия инородных тел в области гортани, затем выполнялась спиральная компьютерная томография (СКТ) с контрастированием пищевода и возможностью трехмерной реконструкции изображения в целях визуализации целостности хрящей гортани и наличия инородных тел металлической плотности — осколков, а также выпол-

нялась ультразвуковая доплерография сосудов шеи портативным доплером.

Результаты и их обсуждение. Всем пострадавшим была выполнена ревизия раны, проведена консультация сосудистого, торакального и челюстно-лицевого хирургов.

9 раненым с выраженной дыхательной недостаточностью в ургентном порядке была проведена трахеотомия, 3 пациентам трахеотомия проведена из-за трудности интубации. После сопоставления данных обследования выполнена подвесная видеоэндоларингоскопия с удалением металлического осколка в области гортани 16 больным. Всем пациентам был установлен назогастральный зонд, проведена эмпирическая антибиотикотерапия цефтриаксоном 1,0 внутривенно 2 раза в сутки, противоотечная и противо-

воспалительная терапия дексаметазоном 4 мг и фуросемидом 20 мг внутривенно 1 раз в сутки в течение 3 дней. Результаты лечения оценивались с точки зрения трех основных физиологических функций гортани: фонации, дыхания и проведение пищевого комка. После оценки эффективности глотания и дыхательной функции 10 раненым произведена деканюляция в сроках от 3 до 8 дней после оперативного лечения, а у 2 пациентов была постоянная трахеостомия.

Выводы. Сопоставление эндоскопической ларингоскопии и снимков компьютерной томографии шеи показывает хорошие результаты в осуществлении поиска и удаления инородных тел (осколков), дренирования гематом, а также выборе дальнейшей тактики оперативного лечения, что позволило провести деканюляцию в ранние сроки.

Ринопластика у пациентов с различными характерологическими особенностями личности

Ф. В. Семенов¹

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

Rhinoplasty in patients with different characterological personality traits

F. V. Semenov¹

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

Потребность в изучении психологического статуса пациента в последние десятилетия резко возросла в связи с появлением неоспоримых данных о наличии тесных психосоматических и соматопсихических взаимосвязей при любых видах соматической патологии. До последнего времени мало исследованы психологические аспекты косметологического лечения. В то же время, неудовлетворенность своей внешностью входит в число главных причин эмоционального дискомфорта и хронического стрессового состояния. Хронический стресс способствует неблагоприятному течению имеющихся у человека соматических заболеваний, а также возникновению новых.

Цель исследования. Изучение влияния успешно выполненной ринопластики на выраженность депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с различными характерологическими особенностями личности.

Материал и методы исследования. Клинико-психологическим методом с использованием Center of Epidemiological studies of USA — Depression (CED-test), шкалы самооценки (Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина), характерологического опросника К. Леонгарда—Шмишека и субъективной шкалы самооценки были обследованы 190 пациентов, прооперированных в период с апреля 2018 г. по апрель 2024 г. Мужчин 50 (26,32%), женщин 140 (73,68%) в возрасте от 18 до 60 лет, с диагнозом: деформация наружного носа врожденного генеза 107 (56,32%) человек, приобретенного — 83 (43,68%). Шкала самооценки результатов ринопластики включала 5 пунктов: 1 — полная неудовлетворенность, 5 — полная удовлетворенность полученным результатом.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: врожденная или приобретенная деформация наружного носа, положительный результат через 6 месяцев после выполненной эстетической ринопластики с учетом субъективной шкалы самооценки (оценка на 4 и 5 баллов), отсутствие зарегистрированных психических расстройств. Через месяц, а затем через полгода пациенты приходили на контрольный осмотр.

Результаты исследования. В обследуемой группе пациентов преобладающие типы акцентуаций характера представлены следующим образом: демонстративный тип (57 больных — 34,67%); возбудимый тип (46 больных — 27,56%); тревожный тип (42 пациента — 23,88%); гипертимный тип (3 пациента — 1,67%); педантичный тип (22 пациента — 12,22%). Полученные данные свидетельствуют, что среди лиц, обратившихся за хирургической коррекцией внешности, наиболее часто встречались демонстративный, возбудимый и тревожный типы акцентуации, а также такие личностные черты, как эмоциональная лабильность, импульсивность, экстравертированность, неуверенность в себе. Лица, акцентуированные по гипертимному типу, составили самую малочисленную группу, вошедшую в исследование.

Результаты определения уровня депрессии и тревоги у пациентов до и после операции выглядят следующим образом. Повышенный уровень тревожности до проведения оперативного вмешательства выражен у всех пациентов. После проведения хирургической коррекции наблюдается уменьшение уровня тревоги, согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии. По данным опросника Спилбергера отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение ситуативной тревоги уже через месяц, при незначительном снижении личностной тревоги. В показателях депрессии, которые были изначально ниже показателей тревоги, не было зарегистрировано значимой редукции через 1 месяц. Однако через полгода отмечалось существенное уменьшение выраженности депрессивных симптомов. Что касается влияния успешной ринопластики на психологический статус пациентов с различными характерологическими особенностями личности, более выраженная положительная динамика депрессивных и тревожных расстройств отмечена у пациентов с возбудимым и тревожным типом личности.

Таким образом, эстетическая функция носа зачастую определяет не только аффективное состояние человека, но и влияет на самооценку личности, «социальное функционирование».

Полученные данные могут быть использованы при проведении психокоррекционной работы с пациентами пластических хирургов в целях улучшения течения пред- и постоперационного

периодов, оптимизации психологической подготовки пациента к хирургическому вмешательству, повышения психической адаптации и нормализации межличностных отношений.

Сравнение эффективности лазерной и традиционной тонзиллотомии у детей с гипертрофией небных миндалин

А. Г. Синельникова¹, А. А. Сависько², Р. И. Синельников³, С. А. Банников⁴

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² Областной клинико-диагностический центр, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Comparison of the effectiveness of laser and traditional tonsillectomy in children with palatine tonsillectomy

A. G. Sinel'nikova¹, A. A. Savis'ko², R. I. Sinel'nikov³, S. A. Bannikov⁴

^{1,2} Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

^{3,4} Regional Clinical and Diagnostic Center, Rostov-on-Don, Russian Federation

Введение. Несмотря на высокие достижения в современной ЛОР-практике частота гипертрофии небных миндалин (ГНМ) не снижается. Оперативное лечение, включая тонзиллотомию и тонзиллэктомию, при данной патологии остается единственным выбором. Однако, оно не считается вполне безопасным, так как риск его осложнений высок, поэтому продолжается поиск решений данной проблемы.

Цель. Клинически сравнить влияние лазерной и традиционной тонзиллотомии у детей с гипертрофией небных миндалин.

Пациенты и методы. Исследовано 95 детей с ГНМ на базе ЛОР-отделения ГАУ РО «ОКДЦ» (Ростов-на-Дону) в соответствии с клиническими нормативами.

По методу лечения пациенты рандомизированы на 2 группы: первая группа (основная, $n = 47$) — дети, которым проведена лазерная тонзиллотомия лазером с длиной волны 445 нм, вторая группа (сравнения, $n = 48$) — стандартная тонзиллотомия холодным способом. Средний возраст составил $6,0 \pm 0,54$ лет, количество девочек — 56 (59,0%), а мальчиков — 39 (41,0%).

Критерии включения: возраст — 4–7 лет, девочки и мальчики, собственное согласие родителей детей на исследование, диагноз «Гипертрофия небных миндалин», II и III степень ГНМ по Б.С.

Преображенскому. Критерии исключения — персональный отказ, I степень гипертрофии, наличие онкологических и психиатрических патологий.

Методы исследования. Клиническое обследование. Срок исследования — 10 суток после операции. Результаты исследования статистически были обработаны при помощи Microsoft Word и Excel 2013 и IBM SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждения. В период наблюдения детей первой группы ни в одном случае не было кровотечений. У 33 (70,2 %) детей данной группы отмечено повышение температуры тела от 37,0 до 37,7° в первые сутки, из них у 6 (12,7 %) сохранилось на вторые–четвертые сутки.

Во второй группе послеоперационные кровотечения наблюдались у 11 (22,9 %) детей из резецированной части миндалин. У этих пациентов так же наблюдалась рвота в первые 3–6 послеоперационных суток.

После традиционной операции (в группе сравнения) зарегистрировано повышение температуры тела у 40 (83,3 %) детей, которое сохранилось на протяжении 3–5 послеоперационных дней.

Всем детям обеих групп назначалась антибактериальная терапия.

Клиническое обследование показало, что болевой синдром и затруднение глотания были

существенно меньше в основной группе. Эти признаки появились у 20 (42,5%) детей первой группы на 3-е сутки и сохранялись к 6-м суткам. Во второй группе эти показатели отмечены у 35 (74,4%) в первые сутки после вмешательства и сохранялись до 7 суток.

Послеоперационные гиперемия, отек, инфильтрация небных миндалин наблюдались у 28 (59,5 %) детей основной группы и у 33 (68,7 %) — группы сравнения.

Несмотря на высокую эффективность применения традиционных хирургических методов лечения ГНМ, сохраняется высокий риск интра- и

послеоперационных осложнений. Современные лазерные способы отличаются характеризуются малой инвазивностью, высокой эффективностью и минимальными интра- и послеоперационными осложнениями. Нами показано, что количество послеоперационных осложнений лазерной тонзиллотомии было меньше ($p < 0,05$), чем традиционной, а послеоперационное течение было лучше ($p < 0,05$).

Вывод. Лазерная тонзиллотомия с длиной волны лазера 445 нм была достоверно эффективнее в лечении ГНМ при сравнении с традиционной методикой.

Частота грибкового поражения глоточной миндалины у детей с аденоидами 2–3-й степени

В. В. Старцева¹, А. А. Григорьева²

¹ Астраханский филиал, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА, Астрахань, Российская Федерация

² Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА, Москва, Российская Федерация

Frequency of fungal infection of the pharyngeal tonsil in children with adenoids of grades 2-3

V. V. Startseva¹, A. A. Grigor'eva²

¹ Astrakhan branch, National Medical Research Center of Otolaryngology of the FMBA of Russia, Astrakhan, Russian Federation

² National Medical Research Center of Otolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russian Federation

Введение. Заболевания органов лимфоидного кольца занимают первое место по распространенности среди всех ЛОР-заболеваний в детской оториноларингологии. По современным представлениям, в этиологии гипертрофии глоточной миндалины большое значение придается хронической бактериальной инфекции. Согласно данным последних исследований, одним из маркеров хронической бактериальной инфекции являются бактериальные биопленки. Так, по данным Winther B. et al. (2009) на поверхности удаленных аденоидов бактериальные биопленки

были обнаружены в 8 из 9 случаев. Однако в настоящее время, помимо бактериальной флоры, возрастает роль грибково-бактериальной ассоциации.

При этом установлено, что глоточная миндалина при данных состояниях может быть инфицирована, как дрожжеподобными грибами рода *Candida*, так и плесневыми грибами рода *Aspergillus*. Таким образом, изучение микробиома носоглотки и полости носа у пациентов с аденоидной проблемой на сегодняшний день является крайне актуальной задачей.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости грибкового поражения глоточной миндалины у детей с гипертрофией глоточной миндалины 2–3-й степени.

Материалы и методы. Нами изучена микологическая составляющая удаленных фрагментов тканей глоточной миндалины у 94 детей (49 мальчиков и 45 девочек) от 3 до 12 лет, с аденоидами 2–3-й степени, находившихся на плановом хирургическом лечении в Астраханском филиале ФГБУ НМИЦО ФМБА России с сентября 2019 по февраль 2023 года.

Операции проводились в плановом порядке, что требовало перед госпитализацией предварительного клинично-лабораторного и инструментального обследования всех пациентов. На момент хирургического вмешательства у всех детей отсутствовали признаки обострения хронического аденоидита и острой респираторной инфекции. Забор материала осуществлялся непосредственно в операционной. Фрагменты глоточных миндалин после их хирургического удаления помещали в пластиковые контейнеры и доставляли в бактериологическую лабораторию. В лабораторию материал доставляли в термоконтейнере для поддержания стабильной температуры и сохранения жизнеспособности микрофлоры. Бактериологическое исследование проводили в соответствии с приказом МЗ СССР № 535 «Об

унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинично-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». Для видовой идентификации патогенных грибов использовали среду Сабуро.

Результаты исследования. У 21 пациента (22,3%) с поверхности глоточной миндалины была высеяна грибковая флора, представленная исключительно дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Видовой состав грибковой флоры был распределен следующим образом: *Candida spp.* — у 8 (38,1%) пациентов, *Candida albicans* — у 10 (47,6%), *Candida tropicalis* — у 3 (14,3%). Кроме того, у всех детей при наличии кандидозной флоры, были выявлены грибково-бактериальные ассоциации. Наиболее часто кандидозная флора ассоциировалась с *S. aureus* (64,4 %).

Выводы. Таким образом, нами было определено, что частота встречаемости грибковой флоры у детей с гипертрофией глоточной миндалины 2–3-й степени составляет 22,3%, причем наиболее частым возбудителем грибкового воспаления является *Candida albicans*. Выявленная частота штамма *Candida albicans* (47,6 %) при проведении микологического исследования у данной группы пациентов может свидетельствовать о высоком уровне патогенности данного вида дрожжеподобного гриба.

Лечение острых бактериальных риносинуситов в клинической практике врача-оториноларинголога

М. Е. Студеный¹, А. А. Смолькова², Н. А. Филин³, А. Ф. Хирнеткина⁴,
Р. О. Курумов⁵, А. В. Зайцев⁶, Е. В. Бурлаков⁷, М. Е. Артемьев⁸

^{1,2,4,5,6,7} Сеть медицинских центров «ИММА», Москва, Российская Федерация

³ Детская поликлиника на Ленинградке (Бывшая ЛИТФОНДА), Москва, Российская Федерация

⁸ Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Complex treatment of acute bacterial rhinosinusitis in the clinical ENT practice

M. E. Studeniy¹, A. A. Smol'kova², N. A. Filin³, A. F. Khirnetkina⁴,
R. O. Kurumov⁵, A. V. Zaitsev⁶, E. V. Burlakov⁷, M. E. Artem'ev⁸

^{1,2,4,5,6,7} Medical Clinics „IMMA“, Moscow, Russian Federation

³ Children's polyclinic in Leningradka (Former Literary Fund), Moscow, Russian Federation

⁸ Sverzhhevsky Research Clinical Institute of Otolaryngology, Health Department of the City of Moscow,
Moscow, Russian Federation

Острый бактериальный риносинусит — воспаление носа и околоносовых пазух, основными симптомами которого являются заложенность носа, выделения из носа гнойного и слизисто-гнойного характера, стекание слизи по задней стенке глотки, головная боль, давление в области лица, снижение обоняния. Доля бактериальных риносинуситов составляет около 2%. Одной из проблем во время лечения пациента является решение вопроса о необходимости проведения процедуры активного дренирования околоносовых пазух.

Одним из вариантов щадящего лечения ОБРС является использование синус-катетера ЯМИК-5, который представляет собой модифицированную модель ЯМИК-3. Конструктивной особенностью пятой модели является наличие дополнительного канала, который позволяет осуществлять управляемую ирригацию полости носа одновременно с эвакуацией патологического секрета из околоносовых пазух.

Цель работы. Изучить эффективность использования комплексного лечения больных острым бактериальным риносинуситом и выявить преимущество использования синус-катетера ЯМИК-5. Под нашим наблюдением в период с сентября 2023 г. по апрель 2025 г. находилось 68 больных с острым бактериальным риносинуситом в возрасте от 6 до 60 лет, мы оценивали общее состояние пациентов: наличие головной боли, характер и количество выделений из носа, снижение обоняния, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела, риноэндоскопическую картину и данные рентгена или КТ-ОЛП, исследовали транспортную функцию мерцательного эпителия

слизистой оболочки нижних носовых раковин до лечения, на 3-й, 5-й, 7-й день после лечения. Все больные были разделены на 2 группы.

1-я (контрольная) группа включала 30 человек (24 взрослых и 6 детей). Все больные этой группы получали комплексное лечение, включающее в себя эвакуацию содержимого околоносовых пазух с помощью промывания полости носа и околоносовых пазух по Проетцу с введением растворов антибиотиков в пазухи.

2-я (основная) группа включала 38 человек (31 взрослый и 7 детей). Все больные этой группы получали комплексное лечение, включающее эвакуацию содержимого околоносовых пазух при помощи синус-катетера ЯМИК-5 в сочетании с ингаляциями с муколитиками и антибиотиками через аппарат Pari-Sinus, который позволяет ввести лекарственный препарат непосредственно в пазухи. Все больные получали сосудосуживающие капли в нос. При повышенной температуре тела применяли антибактериальные препараты широкого спектра действия. До начала лечения на боль в области околоносовых пазух жаловались 24% больных основной группы и 39% — контрольной. После начала лечения боль в проекции околоносовых пазух у больных основной группы исчезла примерно на 1,5 дня быстрее, чем у контрольной (через 4 дня).

Повышенная температура тела нормализовалась также быстрее на 1-е сутки. Слизисто-гнойные выделения из носа и носоглотки прекратились в основной группе на 1–1,5 суток раньше. Носовое дыхание восстановилось в основной группе раньше на 2-е суток. Обоняние восстановилось быстрее на 1,5 суток в основной группе.

При эндоскопии состояние полости носа было нормальным на 7-е сутки у основной группы, на 10-е — у контрольной. В основной группе пациентам было проведено примерно по 4 процедуры эвакуации патологического содержимого из околоносовых пазух, а больным в контрольной группе — 5,5. Восстановление транспортной функции мерцательного эпителия также наблюдается быстрее в основной группе на 2 суток, чем у пациентов в контрольной группе. Наибольшую эффективность синус-катетер ЯМИК-5 показывает при

фронтитах и этмоидитах, особенно при поражении двух и более пазух.

Таким образом, предложенный нами комплексный метод лечения больных острыми бактериальными риносинуситами сокращает сроки выздоровления больного, что доказывает высокую клиническую эффективность предложенного комплексного метода лечения и может быть рекомендован для применения в амбулаторной оториноларингологической практике для взрослых и детей.

Аутодермопластика у ребенка с травмой ушной раковины

И. С. Султанов¹, Д. В. Еремцов², А. Е. Мухин³, О. А. Юшкова⁴

^{1,2,3,4} Областная детская клиническая больница, Владимир, Российская Федерация

Autodermoplasty in a child with ear injury

I. S. Sultanov¹, D. V. Eremtsov², A. E. Mukhin³, O. A. Yushkova⁴

^{1,2,3,4} Regional Children's Clinical Hospital, Vladimir, Russian Federation

Введение. Травмы уха занимают одно из лидирующих положений среди травм лица. По данным ряда авторов, наиболее частыми причинами травм уха являются дорожно-транспортные происшествия (43%), бытовые травмы (33%) и драки (14%). В структуре поверхностных травм уха повреждения ушной раковины составляют 48%, из них 15% с дефектом мягких тканей и 33% без их дефекта (отогематома, повреждение мочки уха). В 15% случаев наблюдаются повреждение перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода. Травматическое повреждение ушной раковины, сопровождающееся оголением большого участка хряща и отсутствием кожи данной обла-

сти, диктует необходимость его закрытия путем использования аутоканеи самого пациента.

Материал и методы. Выкопировка данных из медицинской карты пациента, получавшего медицинскую помощь в стационарных условиях (ф.003/у) ребенка 13 лет с открытой раной левого уха, находившегося на лечении в условиях оториноларингологического отделения Областной детской клинической больницы (ОДКБ) г. Владимир.

Результаты. Ребенок К., 13 лет доставлен скорой медицинской помощью в приемное отделение ОДКБ города Владимир с жалобами на травму левого уха, ссадины лица и конечностей. Из анамнеза известно, что около часа назад он

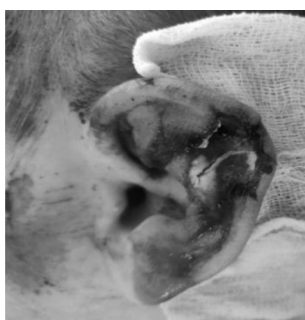


Рис. 1. Левая ушная раковина после травмы



Рис. 2. Состояние левой ушной раковины после аутодермопластики



Рис. 3. Состояние левой ушной раковины после снятия швов

попал в ДТП (сбит автомобилем, когда перебежал дорогу). Сознание не терял, тошноты и рвоты не было. При осмотре: повязка на левом ухе (установлена врачом скорой помощи), пропитанная кровью, удалена. Обозревается открытая рана левой ушной раковины, оголяющая хрящ более $\frac{1}{3}$ передней поверхности раковины, капиллярное кровотечение. Кожа данной области отсутствует. После исключения черепно-мозговой травмы (выполнена компьютерная томография) было решено провести аутодермопластику расщепленным кожным лоскутом с задней поверхности правой ушной раковины. Лоскут сформирован по форме дефекта, уложен, подшит узловыми шва-

ми. Ребенку проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапии, ежедневные перевязки раны. На 10-е сутки были сняты швы и пациент был выписан в удовлетворительном состоянии домой. Лоскут жизнеспособный, без признаков некротизации. В результате лечения получены хорошие косметический и функциональный результаты (рис. 1–3).

Заключение. Своевременно начатая терапия открытой раны левого уха способствовала лучшему заживлению, а проведенная аутодермопластика позволила ограничиться меньшим косметическим дефектом, что, несомненно, сказывается на благоприятной адаптации ребенка.

Лечение пациентов со слуховыми нарушениями после акубаротравмы: сроки, возможности диагностики, ограничения для реабилитации

Ф. А. Сыроежкин¹, А. Е. Голованов², Ю. К. Янов³, Д. З. Юмакаев⁴, Е. Н. Европейцева⁵

^{1,2,3,4} Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁵ ЛОРЦЕНТР, Геленджик, Российская Федерация

Patients care of hearing impairments after acoustic trauma: terms, diagnostic possibilities, limitations for rehabilitation

F. A. Syroezhkin¹, A. E. Golovanov², Yu. K. Yanov³, D. Z. Yumakaev⁴, E. N. Evropeytseva⁵

^{1,2,3,4} Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russian Federation

⁵ LORCENTRE", Gelendzhik, Russian Federation

Полноценное восстановление слуховой функции у пострадавших после акубаротравмы является актуальной задачей современной оториноларингологии. Несмотря на технологическое развитие устройств для слуховой реабилитации (слуховые аппараты, кохлеарные импланты) у части пациентов сохраняются затруднения при восприятии речи в шуме, невозможность достижения прежних уровней разборчивости речи в тишине, развитие ушного шума, гиперacusis и других слуховых расстройств. Одним из вероятных механизмов развития слуховых нарушений при акубаротравме является кохлеарная синаптопатия – утрата части синапсов между внутренними волосковыми клетками и волокнами слуховой порции преддверно-улиткового нерва. Клинически это состояние проявляется скрытой тугоухостью, когда при неизмененных порогах

восприятия звука при тональной аудиометрии имеет место нарушение разборчивости речи, преимущественно в шуме. В настоящее время диагностика кохлеарной синаптопатии затруднена в связи с низким уровнем достоверности получаемых результатов. При проведении объективной аудиометрии описывают снижение амплитуды I волны слуховых вызванных потенциалов, изменение формы огибающей амплитуд потенциалов при предъявлении амплитудно-модулированных тонов, а также патологические ответы при акустической рефлексометрии.

Для оценки возможности получения высококачественных записей при проведении транстимпанальной электрокохлеографии у пациентов после акубаротравмы обследовано 38 пациентов в отдаленном периоде акубаротравмы с наличием стойкой посттравматической перфо-

рации барабанной перепонки. Основными жалобами были затруднения при восприятии речи в шумной обстановке, шум в ушах, гиперacusia. Помимо тональной пороговой аудиометрии выполнена речевая аудиометрия в тишине и на фоне помехи, а также транстимпанальная электрокохлеография по разработанному нами способу, который заключается в регистрации потенциалов с помощью электрода, введенного через дефект барабанной перепонки, под эндоскопическим контролем. Транстимпанальную электрокохлеографию осуществляли под общей анестезией перед плановым хирургическим вмешательством на ухе (тимпанопластикой).

Получены высококачественные записи электрокохлеограмм у всех пациентов, достаточные для статистической обработки. У 21 (55%) выяв-

лено снижение соотношения амплитуд суммационного потенциала и потенциала действия менее 0,3, что свидетельствовало о периферическом поражении слуховой системы. Анализ данных речевой аудиометрии в шуме у 12 (33%) пациентов с нормальными порогами слышимости по кости и изменениями при электрокохлеографии показал снижение показателей разборчивости речи менее 85% на комфортном уровне громкости. Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии скрытой тугоухости у указанной группы пациентов. Нарушение звуковосприятия периферического уровня, в т.ч. у пострадавших с нормальными порогами слышимости по костной проводимости требует дальнейшего анализа на предмет возможных патофизиологических механизмов.

Хроническая тонзиллярная патология в Волгоградской области

Н. В. Тарасова¹

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Российская Федерация

Chronic tonsillar pathology in the Volgograd region

N. V. Tarasova¹

¹ Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

Заболеваемость хронической патологией миндалин глотки в Волгоградской области изучена недостаточно и представлена в научной литературе единичными статьями.

Цель исследования. Анализ госпитализированной заболеваемости хроническими заболеваниями миндалин глотки.

Материал исследования. Сведения, полученные из статистической формы 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2018–2024 годы, представленные ВОМИАЦ.

В форме 12 фиксируются случаи госпитализации больных с хроническими болезнями миндалин и аденоидов, а также паратонзиллярными абсцессами. Число больных этой статистической категории в период с 2018 по 2024 годы остается постоянной и составляет в среднем 22 326 (1,12% от общего числа заболеваний, зарегистрированных в Волгоградской области). Дети 0–14 лет с хроническими заболеваниями миндалин глотки и паратонзиллярными абсцессами составляют 65,7% среди всех зарегистрированных случаев

госпитализации, дети 15–17 — 11,8%, люди работоспособного возраста — 17,3%, пожилые пациенты — 5,0%. Выявляется явное преобладание детей 0–14 лет, которым потребовалась госпитализация, причем у них прослеживается различие структуры заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца.

Экстренная госпитализация потребовалась 10,8% и была обусловлена развитием паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса. Остальные 89,2% детей 0–14 лет госпитализированы в связи с необходимостью плановых хирургических вмешательств (аденотомии и двусторонней тонзиллэктомии).

В группе детей 15–17 лет 56% случаев госпитализации была экстренной, что повышает значимость острого и хронического тонзиллита в развитии паратонзиллярного абсцесса и уменьшение необходимости планового хирургического лечения хронической патологии миндалин глотки. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс развились у трети госпитализированных людей старше 18 лет и пенсионеров. Остальная категория больных поступила в стационары города для двусторонней тонзиллэктомии.

Таким образом, хроническая патология миндалин глотки и тонзиллярные осложнения постоянно присутствуют в структуре общей и госпитализированной заболеваемости в Волгоградской области, имеют высокую актуальность.

Хроническая тонзиллярная патология — основа для развития сопряженных заболеваний внутренних органов, которые становятся причиной стойкого нарушения трудоспособности и даже инвалидизации. Структура хронической

тонзиллярной патологии у детей и взрослых пациентов отличается.

У детей преобладает гипертрофия миндалин, у взрослых — воспалительная патология, которая требует хирургического лечения, и осложнения в виде паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса. Возрастная группа 15–17 лет особенно подвержена развитию осложнений, что побуждает к усиленному вниманию к диагностике и лечению хронического тонзиллита.

Перспективы применения аддитивных технологий в хирургии околоносовых пазух

А. Д. Толочнов¹, М. А. Шелиховская¹, В. П. Типикин¹

¹ Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Prospects for the use of additive technologies in sinus surgery

A. D. Toloknov¹, M. A. Shelikhovskaya¹, V. P. Tipikin¹

¹ Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russian Federation

Современные военные конфликты и техногенные катастрофы сопровождаются своеобразной травматической эпидемией, одним из компонентов которой является поражение пазушно-носовой системы с наличием инородных тел различной локализации. В этом случае качественное и своевременное проведение оперативных вмешательств по удалению сложнoleжащих инородных тел пазушно-носовой системы является одним из основных факторов, влияющим на непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов.

Основным методом предоперационного обследования в функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух, на который опирается хирург при проведении оперативного вмешательства, является компьютерная томография. Однако частота осложнений при проведении эндоскопической риносинусохирургии (основанной только на предварительном изучении КТ околоносовых пазух пациента) остается высокой. Использование навигационной поддержки во время оперативного вмешательства позволяет снизить частоту интраоперационных осложнений.

Однако в настоящее время доступность компьютерной навигационной системы низкая, в связи с ее высокой стоимостью. В настоящее время аддитивные технологии (АТ) применяются

в различных областях медицины, в том числе и в оториноларингологии.

Применение трехмерной печати персонализированных продуктов в оториноларингологии, а именно, в риносинусохирургии в предоперационном периоде в целях изготовления индивидуальных пресс-форм — точных копий анатомических областей пациента, на которых хирургическая бригада может провести основные этапы «тренировочной» операции, позволяет хирургу не только наглядно изучить особенности залегания инородного тела, определить анатомические ориентиры, но и провести отработку мануальных навыков по его удалению на индивидуальных моделях анатомических областей пациента. В ходе операции данные пресс-формы могут использоваться, как анатомический ориентир. Проводимые мероприятия также могут быть использованы для обучения молодых хирургов.

В ходе анализа полученных результатов исследования показано, что применение АТ достоверно значительно снижает время оперативного вмешательства, длительность анестезии, количество интраоперационных осложнений. Таким образом, применение АТ при проведении оперативных вмешательств по удалению сложнoleжащих инородных тел пазушно-носовой системы является более эффективным по сравнению с проведением операций стандартным способом.

К вопросу диссекционного обучения в системе государственного медицинского образования. Опыт, проблемы и перспективы

Д. Р. Тулендинов¹, Д. А. Конова²

^{1,2} Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

On the issue of dissection training in the system of state medical education. Experience, problems and prospects

D. R. Tulendinov¹, D. A. Konova²

^{1,2} Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

Актуальность. Отмечаемая в последние годы существенная эволюция требований к подготовке врача-оториноларинголога отражает не только прогресс медицины, технологий и обновление образовательных и профессиональных стандартов, но и изменение потребностей системы здравоохранения ввиду появления огромного пласта пациентов с постковидными ЛОР-осложнениями, а также возросшими ожиданиями к персонализированному и малоинвазивному лечению. В сложившейся ситуации от практикующего врача, наряду с углубленным знанием анатомии и топографии сложных и переменных анатомических ЛОР-образований, требуются уверенные навыки выполнения не только базовых, но и сложных эндоскопических методик с акцентом на минимально инвазивные и эндоскопические техники и обязательным владением современным оборудованием. В этом отношении кадаверное обучение является «золотым стандартом» в хирургической подготовке специалистов.

Цель. Анализ проблем и перспектив использования трупного материала при обучении в медицинском вузе.

Материалы и методы. Нами проанализирован опыт использования трупного материала при обучении в Кубанском государственном медицинском университете, а также изучены представленные в свободном доступе сведения о спросе на данную форму диссекционного обучения в 48 российских вузах.

Результаты и обсуждение. Только в 14 из 48 вузов имеется практика передачи тел для использования в учебных и научных целях, что позволяет охарактеризовать современное состояние обучения на трупном материале в рамках специалитета и последипломном образовании как критическое. Так, например, при преподавании оториноларингологии отмечается, что диссекция ЛОР-органов (особенно сложных структур височной кости, основания черепа, носа и пазух) часто представлена фрагментарно или только в виде демонстрации преподавателем со смещением акцента на лекции, атласы или пластиковые модели.

Студенты и ординаторы не получают достаточно практического опыта работы с реальными тканями ввиду отсутствия часов для диссекционного обучения в официальных программах обучения. Возможность легитимно практиковаться на трупном материале имеется в основном в крупных федеральных центрах, некоторых ведущих вузах и на дорогостоящих коммерческих курсах (часто на зарубежном биоматериале). Подготовка качественного трупного материала с обучением на нем стоит очень дорого (десятки, а иногда и сотни тысяч рублей за короткий курс), что делает его недоступным для большинства государственных образовательных учреждений, а для врачей «кадаверное» образование становится привилегией, доступной немногим, кто может позволить себе дорогостоящие курсы. Поэтому значительное число молодых специалистов, в том числе и оториноларингологов, приходят в клинику без достаточных практических навыков, и основная нагрузка по их обучению ориентации в сложной хирургической анатомии ЛОР-органов и технике ложится на наставничество во время реальных операций, что сопряжено с рисками для пациента и стрессом для обучающегося.

Вместе с тем, следует отметить, что в ряде вузов (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Краснодар, Самара и др.) имеется положительный опыт преодоления нормативных, организационных и финансовых трудностей, сопровождающих организацию обучения на трупном материале. Одним из таких вузов является Кубанский государственный медицинский университет, где в 2019 году была создана Лаборатория диссекционного обучения, в которой за 5-летний период было организовано и проведено 14 диссекционных циклов для пластических и абдоминальных хирургов, гинекологов и косметологов, 5 мастер-классов по нейрохирургии, травматологии, абдоминальной хирургии и 42 практикума для студентов, ординаторов и врачей. Последняя форма обучения в мини-группах оказалась наиболее востребованной у челюстно-лицевых хирургов, оториноларингологов, травматологов и пластических хирургов.

Всего в рамках различных диссекционных программ обучение в Лаборатории прошли 212 врачей, 54 ординатора и 250 студентов.

Заключение. Кадаверное обучение — это краеугольный камень современной последипломной подготовки врачей и освоения инновационных методик. Активно развивающиеся симуляционные технологии (VR, симуляторы, 3D-печать и др.) не могут являться полноценной заменой работе с реальными анатомическими структурами на естественных тканях. Требуется срочное

системное решение проблемы доступности качественного трупного материала, популяризация диссекционных форм обучения с их включением в образовательные стандарты, без чего уровень хирургической подготовки врачей будет оставаться серьезным вызовом для безопасности пациентов и прогресса в специальности. Успешный опыт реализации диссекционного обучения при подготовке медиков в российских вузах имеется, однако нуждается в государственной поддержке и дальнейшем развитии.

Двухволновая фотодинамическая терапия хронического неспецифического фарингита

В. А. Фокеев¹, М. А. Шахова², А. В. Шахов³, М. Ю. Кириллин⁴

1,2,3,4 Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация

Two-wave photodynamic therapy of chronic nonspecific pharyngitis

V. A. Fokeev¹, M. A. Shakhova², A. V. Shakhov³, M. Yu. Kirillin⁴

1,2,3,4 Volga Region Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Распространённость хронического неспецифического фарингита (далее ХНФ) в популяции чрезвычайно высока. По данным Крюкова А.И. с соавт. (2014) на долю ХНФ приходится до 70% всех амбулаторных посещений врача-оториноларинголога. Пальчун В. Т. с соавт. (2014) утверждает, что заболеваемость ХНФ в Российской Федерации не только достигает 70%, но и неуклонно год от года возрастает. Аналогичные данные публикуют наши зарубежные коллеги. Так, в США количество амбулаторных посещений по поводу ХНФ ежегодно составляет от 7 до 11 млн. Парадоксально, что при такой высокой распространенности на сегодняшний день нет единого протокола ведения пациентов с данным заболеванием. В зарубежной литературе наибольшее внимание уделяется лечению коморбидных состояний, приводящих к развитию ХНФ. В России же наибольшую популярность получали различные варианты топического воздействия на слизистую оболочку задней стенки глотки. Двухволновая фотодинамическая (далее ФДТ) терапия представляется нам одним из наиболее перспективных методов в лечении пациентов с ХНФ поскольку обладает комплекс-

ным противовоспалительным и репаративным воздействием на слизистую оболочку задней стенки глотки.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность двухволновой ФДТ в лечении пациентов с ХНФ.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе кафедры болезней уха, горла и носа им. профессора Шахова В. Ю. ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ и клиники оториноларингологии ГБУЗ НО НОКБ им. Н. А. Семашко. В исследовании включались пациенты старше 18 лет с диагнозом ХНФ, установленным по результатам оценки жалоб и фарингоскопической картины, подписавшие добровольное информированное согласие. Критериями исключения были следующие параметры: острые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей любой этиологии, хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей в стадии обострения, беременность и лактация, активные онкологические заболевания, повышенная чувствительность к препаратам из группы фотосенсибилизаторов, психические заболевания, хронический тонзил-

лит, а также нежелание пациента участвовать в исследовании.

Учитывая высокую степень гетерогенности клинических проявлений, для упрощенной оценки степени выраженности субъективных ощущений пациентам предлагали заполнить визуальную аналоговую шкалу (ВАШ 10) до и после курса лечения.

Всем пациентам проводился курс (5 сеансов с интервалом 1–2 дня) двухволновой ФДТ на фототерапевтическом светодиодном аппарате «Гармония» с использованием фотосенсибилизатора, изготовленного на основе натурального продукта производного хлорофилла хлорина еб.

Результаты: в исследование вошли 50 человек, мужчины составили 52.0% ($n = 26$), женщины — 48.0% ($n = 24$). Средний возраст респондентов составил 51.88 года (медиана — 53.5, диапазон — от 18 до 77 лет, стандартное отклонение — 14.33). Среднее значение ВАШ до курса двухволновой

ФДТ составило $4,56 \pm 0,81$ баллов. После курса лечения данный показатель составил $1,10 \pm 1,02$. Проверка нормальности распределения разницы значений шкалы ВАШ до и после лечения с помощью теста Шапиро—Уилка показала, что данные не соответствуют нормальному распределению ($stat = 0,818, p < 0.001$). В связи с этим для оценки статистической значимости изменений был применён непараметрический тест Уилкоксона. Результаты теста Уилкоксона продемонстрировали статистически значимое снижение средних значений ВАШ после лечения по сравнению с показателями до лечения ($stat = 0.000, p < 0.001$).

Выводы. Таким образом, лечение с использованием двухволновой ФДТ оказывает значимое положительное влияние на выраженность симптомов у пациентов с ХНФ.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 24-15-00175, <https://rscf.ru/project/24-15-00175/>

Опыт ведения детей с PFAPA-синдромом в Чувашской Республики за 2022–2024 гг.

А. И. Фуфаева¹, Р. Н. Федорова², Б. Н. Харьков³, В. Д. Вагина⁴, Е. Н. Лаврентьев⁵

1,2,3,4,5 Республиканская детская клиническая больница Минздрава Чувашии, Чувашская Республика, Чебоксары, Российская Федерация

Experience in managing children with PFAPA syndrome in the Chuvash Republic in 2022-2024

A. I. Fufaeva¹, R. N. Fedorova², B. N. Kharkov³, V. D. Vagina⁴, E. N. Lavrent'ev⁵

1,2,3,4,5 Republican Children's Clinical Hospital, Ministry of Health of the Chuvash Republic, Chuvash Republic, Cheboksary, Russian Federation

PFAPA-синдром (синдром Маршалла) - это периодический синдром, включающий в себя лихорадку (Periodic Fever), афтозный стоматит (афтозный стоматит), фарингит (Фарингит) и шейный лимфаденит (шейный аденит), встречается чаще у мальчиков, возникает в возрасте 2–5 лет и чаще всего заканчивается спонтанной ремиссией к подростковому возрасту. Заболевание имеет спорадический характер, не соответствует прогрессу географического региона, не имеет сезонности, часто имеет семейный характер.

Результаты исследования. Собственный опыт ведения пациентов с PFAPA-синдромом.

Нами были обследованы и прооперированы с хроническим декомпенсированным тонзиллитом

и хроническим аденоидитом, имеющим в анамнезе периодическую ежемесячную фибрильную лихорадку с явлениями двусторонней лакунарной ангины и лимфаденопатией, длительностью 3–5 дней, снимающаяся преднизолоном 1,5 мг/кг/сут без антибиотикотерапии. Частота периодов лихорадки составляла 28–31 день с вариабельностью в 5–7 дней. За период 2022–2024 гг. с данным синдромом выявлено 5 детей, при этом двое из одной семьи. Из них 3 мальчика, 2 девочки. Возрастной состав: дети до 3 лет — 1, дети 4–6 лет — 4 человек (средний возраст 5,2 года).

Дети обследованы у кардиолога и ревматолога для исключения ревматологической патологии, исключена ревматологическая лихорадка,

у аллерголога и иммунолога исключены иммунодефицитные состояния, у гастроэнтеролога для исключен гастро-фарингеальный рефлюкс, исключено носительство бактериальной инфекции (в частности персистенция бета-гемолитического стрептококка группы А) путем трехкратного посева с интервалом в 10 дней с 1-го дня приступа лихорадки до начала антибиотикотерапии и последующие дни наблюдения, что может вызывать рецидивирующие тонзиллиты.

После обследования и исключения возможных патологий всем детям проведена двусторонняя тонзилэктомия под общим эндотрахеальным наркозом под прикрытием дексаметазона

0,25 мг/кг/сут с целью профилактики приступов лихорадки и под прикрытием антибиотиков широкого спектра действия по результатам посева глотки. Длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила в среднем 1- 1,5 года. В послеоперационном периоде приступы периодической лихорадки не наблюдалось, лимфаденопатия регрессировала. Частота ОРЗ у данных детей катамнестически не превышала среднестатистический показатель по региону.

Таким образом, можно сделать вывод, что у выявленных детей с РФАРА-синдромом двусторонняя тонзилэктомия привела к стойкому регрессу симптомов воспаления и лихорадки.

Эффективность катетеризации слуховых труб с введением дексаметазона детям с экссудативным отитом одновременно с аденотомией за 2024 гг.

А. И. Фуфаева¹, Р. Н. Федорова², Б. Н. Харьков³, А. В. Яковлева⁴, Е. Н. Лаврентьев⁵

1,2,3,4,5 Республиканская детская клиническая больница Минздрава Чувашии, Чувашская Республика, Чебоксары, Российская Федерация

Experience in using ear tube catheterization with dexamethasone administration in children with exudative otitis with adenoid hypertrophy in 2024

A. I. Fufaeva¹, R. N. Fedorova², B. N. Kharkov³, A. V. Yakovleva⁴, E. N. Lavrent'ev⁵

1,2,3,4,5 Republican Children's Clinical Hospital, Ministry of Health of the Chuvash Republic, Chuvash Republic, Cheboksary, Russian Federation

Экссудативный отит на фоне гипертрофии аденоидных вегетаций частое явление у детей вследствие механического блока слуховой трубы, отека ее слизистой и накоплении вязкого экссудата в просвете слуховой трубы. Помимо консервативных методов лечения используются и хирургические. Первым этапом у детей всегда выступает аденотомия как санация возможного очага инфекции, так и снятие механического блока устья слуховой трубы. С 2024 г. в отделении оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии (БУ РДКБ МЗ Чувашии) внедрена одномоментная поднаркозная аденотомия с катетеризацией слуховой трубы под видеоэндоскопическим контролем для улучшения дренажной функции слуховой трубы и более быстрой аэрации барабанной полости в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Для исследования взяты кейсы из истории болезни отделения оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии БУ РДКБ МЗ Чувашии 80 детей за 2024 г. с экссудативным отитом давностью более полугодом на фоне гипертрофии лимфоглоточного кольца 2–3-й и 3-й степени, не поддававшимся консервативным методам лечения в течение полугодом, кому, в дополнение, была проведена поднаркозная катетеризация слуховых труб и кейсы 80 детей за 2023 г., которым проводилось только иссечение аденоидов и частично миндалин без катетеризации слуховой трубы. Дети наблюдались у сурдолога и врача оториноларинголога консультативной поликлиники БУ РДКБ МЗ Чувашии с кондуктивной тугоухостью 1-й и 2-й степени и сохранением изменений на тимпанограмме по типу В на протяжении более 6ти месяцев. По компьютерной томографии у всех детей выявля-

но субтотальное или тотальное затемнение ячеек сосцевидного отростка жидкостным содержимым и гипертрофия глоточной миндалины (у 53 – гипертрофия глоточной миндалины составила 2–3-й степени, у 27 – 3-й степени, при этом у 65 человек одновременно выявлена гипертрофия небных миндалин 2–3-й степени).

Возрастной состав: дети до 3 лет — 5, дети 4–6 лет — 52 человек, дети 7–12 лет — 23 ребенка (средний возраст 5,8 лет). Из них 43 мальчика, 37 девочек.

При этом отоскопически до операции наблюдалось сглаживание или втянутость барабанной перепонки, за которой прослеживался экссудат.

После обследования и исключения возможных патологий всем детям проведена аденоотомия и аденотонзиллотомия (у кого наблюдалась гипертрофия небных миндалин) под общим эндотрахеальным наркозом под видеоэндоскопическим контролем эпифарингеально эндоскопом 70° диаметром 4 мм с последующей катетеризацией слуховых труб, продуванием и введением дексаметазона интратубарно.

При этом у детей в 2024 г на 2-е сутки после оперативного вмешательства наблюдалось расправление перепонки, уменьшение количества жидкости, полное восстановление аэрации барабанной полости на 5-6-й день наблюдения. В то время как у пациентов в 2023 г. отоскопически улучшение аэрации барабанной полости и расправление перепонки наблюдалось на 7–8-й день заболевания с полным исчезновением экссудата на 10–12-й день лечения. Контрольный осмотр у детей в 2024 г. у сурдолога показал на 14-й день после операции тип А на тимпанограмме и регресс кондуктивной тугоухости с восстановлением слуха, что помогло уменьшить длительность госпитализации, в то время как в 2023 г. у детей улучшение

Длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила в среднем по 6 месяцев у сурдолога. В отдаленном послеоперационном периоде у детей жалоб на снижение слуха не предъявлялось. Тимпанограмма тип А у 89 %, тип С у 11%, тип В ни у кого.

Профессор Р. А. Засосов. Выход биографической монографии к 135-му юбилею главного оториноларинголога Военно-морского флота СССР в годы Великой Отечественной войны

А. Н. Чечко¹

¹ 426 военный госпиталь, Самара, Российская Федерация

Professor R. A. Zasosov. Publication of a biographical monograph for the 135th anniversary of the chief otolaryngologist of the USSR Navy during the Great Patriotic War

A. N. Chechko¹

¹ 426 Military Hospital, Samara, Russian Federation

Профессор Роман Андреевич Засосов — отечественный военный оториноларинголог, создавший свою школу, один из первых организаторов оториноларингологической службы Военно-Морского флота СССР, отмеченного многими высокими наградами и званиями Российской Империи и СССР.

Изданная биографическая монография «Профессор Р. А. Засосов. Жизнь, отданная правде» рассказывает о жизни выдающегося ученого и организатора ЛОР-службы в ВМФ на фоне исторических событий XX века: Первой мировой, Гражданской и Великой Отечественной войн. Издание предназначено широкому кругу медицинских специалистов, особенно ее представителям из оториноларингологии.

Имя профессора, главного отоларинголога ВМФ СССР (1940–1955), генерал-майора медицинской службы Романа Андреевича Засосова стоит в одном ряду с именами выдающихся деятелей русской оториноларингологии. В Самаре он начал свою профессорскую деятельность как основатель кафедры оториноларингологии Куйбышевской Военно-медицинской академии. В Ленинграде, будучи начальником, также ос-

нованной им кафедры оториноларингологии Военно-морской медицинской академии и главным оториноларингологом Военно-Морского Флота, Роман Андреевич в полной мере проявил свой незаурядный организаторский талант, способности высоко эрудированного ученого, опытного клинициста и прекрасного преподавателя-воспитателя.

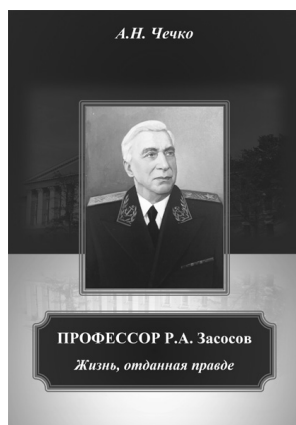
Роман Андреевич был ученым-новатором. Он занимался изучением наиболее актуальных вопросов своей специальности, стремился развивать в исследованиях практическую сторону, часто использовал в научной работе новейшие методики.

Большое внимание уделял профессор Засосов подготовке кадров оториноларингологов — как практических врачей, так и научных работников, преподавателей. Под его руководством выполнены 4 докторские и 20 кандидатских диссертаций.

Он являлся членом Правления Всесоюзного и Ленинградского отделений научного общества оториноларингологов и членом редакционного совета журнала «Вестник оториноларингологии».

В советское время боевые и трудовые заслуги генерал-майора медицинской службы Романа Андреевича Засосова отмечены орденом Ленина, двумя орденами Красного Знамени, орденом Трудового Красного Знамени, многими медалями и почетным оружием.

До настоящего времени историография отечественной медицины не содержала глубокоосмысленного и широкомасштабного повествования о судьбе одного из основоположников военной оториноларингологии — генерал-майора медицинской службы профессора Р. А. Засосова. Поэтому появление такого издания достойно внимания каждого врача, как военного, так и гражданского, с позиций не только познавательных и воспитательных, но и государственных, так как судьба ее героя — это судьба страны, в которой он жил и творил.



Биографическая монография к 135-му юбилею профессора Р. А. Засосова

Способ хирургического лечения проникающих ранений верхнечелюстной пазухи, сопровождающихся носовым кровотечением

А. Н. Чечко¹, Е. М. Покровская², В. Н. Красножен³, С. В. Зинченко⁴

¹ 426 военный госпиталь, Самара, Российская Федерация

^{2,4} Казанский (Приволжский) федеральный университет, Институт фундаментальной медицины и биологии, Казань, Российская Федерация

^{2,3} Казанская государственная медицинская академия, Казань, Российская Федерация

Method for surgical treatment of penetrating wounds of the maxillary sinus accompanied by noseleed

A. N. Chechko¹, E. M. Pokrovskaya², V. N. Krasnozhen³, S. V. Zinchenko⁴

¹ 426 Military Hospital, Samara, Russian Federation

^{2,4} Kazan (Volga Region) Federal University, Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan, Russian Federation

^{2,3} Kazan State Medical Academy, Kazan, Russian Federation

Введение. В настоящее время, в целях остановки носового кровотечения при травмах гайморовых пазух применяют переднюю тампонаду полости носа. Широко известным способом оперативного вмешательства на верхнечелюстной пазухе является операция Калдвелла—Люка. Нами предложен новый способ оперативного лечения.

Цель. Повысить эффективность оперативного лечения проникающих ранений верхнечелюстной пазухи с профузным носовым кровотечением.

Пациенты и методы. С мая 2022 года по июль 2023 года на базе оториноларингологического отделения 426 военного госпиталя и ОМедБ (в/ч 86000) было пролечено 17 пациентов (основная группа) с проникающими ранениями верхнечелюстных пазух и профузным носовым кровотечением предложенным нами способом и 14 пациентов (группа сравнения) традиционным способом (по Калдвеллу—Люку).

Нами был разработан новый способ хирургического лечения проникающих ранений верхнечелюстной пазухи (патент РФ на изобретение № 2813939), при котором сначала выполняется ПХО области ранения. Затем эндоназально в типичном месте под нижней носовой раковиной создается искусственное соустье. Через последнее в полость верхнечелюстной пазухи помещается баллон в ненаполненном состоянии, состоящий из перчаточной резины, внутри которой на полтора сантиметра помещена часть трубки инфузионной системы с вставленным в ее конец переходником для дополнительных инъекций инфузионной системы. Свободный конец трубки

для инфузионной системы выводится из верхнечелюстной пазухи через созданное искусственное соустье в полость носа, а затем за ее пределы наружу. После производится наполнение баллона до момента выхода части его поверхности за пределы отверстия на передней стенке верхнечелюстной пазухи. Свободный конец трубки инфузионной системы завязывается простым узлом. На следующие сутки проводится эвакуация части физиологического раствора из баллона. Если возникает носовое кровотечение, то вновь вводится физиологический раствор в баллон. В случае отсутствия носового кровотечения — баллон в ненаполненном состоянии удаляется из полости пазухи через созданное искусственное соустье.

Результаты. У 4 пациентов из группы сравнения отмечался рецидив носового кровотечения при удалении тампонов из полости верхнечелюстной пазухи. Выполнялась передняя тампонада носа для остановки носового кровотечения. При предложенном нами способе хирургического лечения у 1 пациента в послеоперационном периоде носовое кровотечение было остановлено вновь заполнением баллона жидкостью без проведения передней тампонады носа. На 3-и сутки после повторения манипуляции — удаления баллона из полости пазухи, кровотечения не возникло.

Выводы. Предложенный нами способ хирургического лечения проникающего ранения верхнечелюстной пазухи позволяет:

- предотвратить блок носослезного канала и евстахиевой трубы;
- обеспечить надежный гемостаз в полости верхнечелюстной пазухи.

Длиннолатентные слуховые вызванные потенциалы в оценке эффективности слухопротезирования

Е. С. Щеглова¹, Г. Ш. Туфатулин²

^{1,2} Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Детский городской сурдологический центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

Application of cortical auditory evoked potentials in amplification's outcomes measures

E. S. Shcheglova¹, G. Sh. Tufatulin²

¹ Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

² Center of Pediatric Audiology, Saint Petersburg, Russian Federation

² Saint Petersburg Scientific Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech, Saint Petersburg, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

Длиннолатентные слуховые вызванные потенциалы (ДСВП) — это ответы первичной и вторичной слуховой коры на акустический стимул. Амплитудно-временные характеристики ДСВП могут указывать на степень зрелости центральной слуховой системы: латентный период отражает скорость проведения нервного импульса к слуховой коре, а его амплитуда — на количество нейронов, участвующих в корковой слуховой обработке [Chen et al., 2024; Eggermont et al., 2023].

Регистрация ДСВП в динамике может служить достоверным показателем эффективности слухопротезирования у детей раннего возраста и пациентов, не способных дать четкую обратную связь. При использовании слуховых аппаратов (СА) ускоряется созревание центральной нервной системы, что проявляется укорочением латентного периода и нарастанием амплитуды ответа ДСВП через несколько месяцев после проведения коррекции слуха. При этом морфология ДСВП приближается к возрастным нормам в случаях, когда слухопротезирование эффективно [Leite et al., 2018]. Подтверждается наличие корреляции между порогами регистрации ДСВП и результатами поведенческой аудиометрии в СА [Baydan et al., 2019; Mohamed et al., 2022]. Также регистрация ДСВП может быть использована в оценке эффективности отдельных функций СА, в частности, частотной компрессии [Zhang et al., 2014].

Для проведения регистрации ДСВП в СА пациент должен находиться в состоянии спокойного бодрствования, при этом СА надет на ухо и

включен. При оценке эффективности слухопротезирования могут использоваться компонент P1 у детей и комплекс P1-N1-P2 у взрослых, отражающие детекцию первичной слуховой корой поступающего стимула, а также комплекс акустических изменений, отрицательная негативность рассогласования и потенциал P300, появляющиеся при различении слуховой корой девиантных акустических стимулов [Visram et al., 2023; Kaplan-Neeman et al., 2024; Shalaby et al., 2024; Engström et al., 2021].

Подача стимула может производиться в свободном звуковом поле или непосредственно через СА. Для проведения обследования могут быть использованы как длинные тональные послышки, так и речевые, речеподобные стимулы. В 2023 году для проведения регистрации ДСВП в СА были разработаны речеподобные стимулы ManU-IRU, откалиброванные в соответствии с характеристиками натуральной речи. Медиана времени, необходимого для проведения обследования в СА, составляет 24 мин, включая подготовку пациента [Visram et al., 2023].

ДСВП является перспективным методом оценки эффективности слухопротезирования и определения показаний к кохлеарной имплантации у детей раннего возраста. Преимуществами использования ДСВП является получение объективных данных о центральной слуховой обработке при использовании СА, в том числе, у детей раннего возраста, возможность оценки восприятия речевых стимулов, проведение обследования

в состоянии бодрствования, что не требует специальной подготовки пациента. Недостатками методики являются широкая вариабельность морфологии ДСВП у разных пациентов, зависимость коркового ответа от состояния сна и бодрствования, необходимость длительного наблюдения за изменением характеристик коркового ответа для

получения выводов об эффективности коррекции слуха.

Необходимы дальнейшие исследования оценки эффективности слухопротезирования и развития центральной слуховой системы с применением ДСВП у детей разных групп, в частности, при минимальных нарушениях слуха.

Двухволновая фотодинамическая терапия как метод эрадикации полирезистентных биопленкообразующих бактерий: эксперимент in vitro

Е. Р. Щипанова¹, М. А. Шахова², Н. И. Игнатова³, Д. С. Пшеницина⁴

^{1,2} Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация

³ НИИ экспериментальной онкологии и биомедицинских технологий ПИМУ, Нижний Новгород, Российская Федерация

⁴ Нижегородский государственный университет имени им. Лобачевского, Институт биологии и биомедицины, Нижний Новгород, Российская Федерация

Two-wave photodynamic therapy as a method for eradication of polyresistant biofilm-forming bacteria: in vitro experiment

E. R. Shchipanova¹, M. A. Shakhova², N. I. Ignatova³, D. S. Pshenitsina⁴

^{1,2} Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

³ Research Institute of Experimental Oncology and Biomedical Technologies of Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

⁴ Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Institute of Biology and Biomedicine, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Введение. Хронический тонзиллит (ХТ) является социально значимым заболеванием. По данным 5-летнего клинико-эпидемиологического исследования Национальной программы «Хронический тонзиллит», компенсированная форма ХТ выявлена у 85,2% больных, декомпенсированная форма ХТ — у 14,2%, при этом пиковое распространение ХТ имеет в группе пациентов трудоспособного возраста (19–39 лет). Обострение данного заболевания может удлинять период нетрудоспособности и ухудшает качество жизни пациентов. В посевах со слизистой оболочки миндалин у больных чаще выявляются микробные ассоциации пиогенного стрептококка, золотистого стафилококка и других микро-

организмов. Данные микроорганизмы склонны формировать биопленки, служащие одним из механизмов резистентности к факторам иммунитета и антибактериальным препаратам. Одним из перспективных методов лечения ХТ в настоящее время является фотодинамическая терапия (ФДТ).

Цель исследования. Оценка антибактериального эффекта двухволновой ФДТ в условиях in vitro.

Материалы и методы. Эксперимент проводился в 3 этапа. Первый этап — сбор биологического материала у пациентов с диагнозом хронический тонзиллит ($n = 34$), с дальнейшим выделением чистых культур микроорганизмов и тестированием чувствительности к антибио-

Таблица 1

Устойчивость выделенных микроорганизмов к антибиотикам (R- резистентный, S- чувствительный)

Культура	№	Амоксициллин	Амоксициллин клавулановая кислота	Цефуроксим	Цефиксим	Кларитромицин
<i>Str. pyogenes</i>	54	S	S	R	R	S
<i>S. aureus</i>	16	R	R	R	S	S
<i>P. aeruginosa</i>	36	R	R	R	R	R
<i>K. pneumoniae</i>	57	R	S	R	S	R

Таблица 2

Изменение КОЕ микроорганизмов после ФДИ

Культура	n	Контроль	Группа 1	Группа 2
<i>S. aureus</i>	5	576,4±32,35	587,8±19,84	42±25,62*
<i>Str. pyogenes</i>	5	490,6±19,59	693,2±159,09	6,8±1,92*
<i>P. aeruginosa</i>	5	450,6±25,22	468,6 ±27,17	68,8±25,16*
<i>K. pneumoniae</i>	5	725,8±50,71	686,0±31,77	772,2±92,65

* p ≤ 0,05

тикам. Работа проводилась на базе НИИ ЭО и БМТ. Из выделенных культур выбрали наиболее резистентные и подвергали облучению: 1-я группа — аппаратом ФДТ АФС «Гармония» (Россия) без фотосенсибилизатора; 2-я группа — после нанесения фотосенсибилизатора (ФС) Хлорин Е6 («RevixanOral», Россия) (400 нм/660 нм, по 5 мин, плотность облучения 50 Дж/см²). 3-я группа — контроль без воздействия. Результаты обработаны с помощью электронных таблиц MSEXEL. Третьим этапом проводилось окрашивание лунок и последующая визуализация биопленок на микроскопе Leica DFC 310FX (Германия).

Результаты. От пациентов с хроническим тонзиллитом в 28,57% проб выделяли *S. aureus*, 28,57% — *S. pyogenes*, 22,86% — *P. aeruginosa*, 2,86% — *K. pneumoniae*. Для экспериментов по ФДТ были отобраны полирезистентные изоляты (табл. 1).

Установлено, что 3-кратное двухволновое воздействие ФДТ с плотностью 50 Дж/см² в присутствии ФС достоверно ингибирует рост бактерий *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Str. pyogenes*. В группе 1 ре-

зультаты не имели отличий от полученных в контрольной группе. Результаты эксперимента представлены в табл. 2.

Обсуждение. В данном эксперименте мы продемонстрировали, что двухволновое воздействие ФДТ с длиной волны 660 нм и 400 нмс плотностью облучения 50 Дж/см² инициирует лизис биопленки и разрушение бактериальных клеток в культурах *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Str. pyogenes*. В культуре *K. pneumoniae* ФДТ не показала эффективности, что может быть обусловлено полисахаридной капсулой, которая препятствует диффузии ФС внутрь биопленки.

Закключение. Двухволновая фотодинамическая терапия с использованием фотосенсибилизатора Хлорина Е6 может быть перспективным методом лечения хронического тонзиллита, так как оказывает разрушительное воздействие на биопленки и микроорганизмы, резистентные к терапии антибиотиками. ФДТ не оказало воздействия на культуру *K. pneumoniae*, что может объясняться наличием факторов защиты данной бактериальной клетки.

Обоснование роли вегетативного статуса пациента в обеспечении дыхательной функции носа

И. С. Элизбарян¹, Л. А. Лазарева², К. В. Рукина³, Т. Д. Васильев⁴

^{1,2,3,4} Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

The role of the patient's vegetative status in ensuring the respiratory function of the nose

I. S. Elizbaryan, L. A. Lazareva, K. V. Rukina, T. D. Vasil'ev⁴

^{1,2,3,4} Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

Исследование механизмов регуляции верхних дыхательных путей продолжается, хотя некоторые аспекты этой области все еще остаются неизученными. Ключевую роль в этом процессе играет взаимодействие нервной системы с полостью носа и околоносовыми пазухами, включая центральные отделы вегетативной нервной системы

Симпатическая нервная система активируется при стрессе, усиливая носовое дыхание и обоняние, но при этом снижая секрецию слизи и кондиционирование воздуха. Парасимпатическая нервная система, напротив, усиливает секрецию и сосудистую активность, эффективно подготавливая воздух и осуществляя трофотропное действие. Их взаимодействие обеспечивает баланс защитных, дыхательных и обонятельных функций. Важно также отметить обратную афферентацию со стороны полости носа и околоносовых пазух.

Цель исследования. Оценить влияние вегетативного статуса пациента на дыхательную функцию полости носа с использованием стандартных физиологических тестов и прямой активной риноманометрии (ПАРМ).

Испытуемые и методы исследования. В работу были включены 97 здоровых исследуемых, представленные лицами в возрасте от 20 до 29 лет ($M = 21,72$ лет, $\sigma = 1,881$), без сопутствующей хронической патологии.

В рамках испытаний проводилась оценка вегетативного статуса испытуемых с использованием индекса Кердо, опросника А. М. Вейна. Также были проведены симпатические тесты с использованием холодной пробы и физической нагрузки по методу Мартинета. Для оценки вагосимпатических реакций применялся тест с приемом Вальсальвы. Кроме того, была проведена активная передняя риноманометрия (ПАРМ) для измерения скорости воздушного потока в миллилитрах в секунду.

Были сформированы три группы исследуемых на основании вегетативного статуса:

1) группа А — пациенты с симпатикотонией;

2) группа Б — пациенты с нормотонией;

3) группа В — пациенты с ваготонией.

Результаты исследования. Относительно вегетативного статуса получены результаты: оценка средних параметров ПАРМ (мл/сек) в группах относительно различных проб.

Холодовая проба:

– группа А: высокий исходный уровень, увеличение без возврата к исходному через 3 мин;

– группа Б: умеренный исходный уровень, увеличение через 1 мин, снижение до исходного через 3 мин (нормальная реактивность);

– группа В: низкий исходный уровень, снижение через 1 мин, незначительный подъем через 3 мин.

Проба Мартинета:

– группа А: высокий исходный уровень, значительное увеличение без возврата к исходному через 3 мин;

– группа Б: умеренный исходный уровень, увеличение через 1 мин, снижение до исходного через 3 мин (нормальная реактивность);

– группа В: низкий исходный уровень, увеличение через 1 минуту, незначительное снижение через 3 минуты.

Проба Вальсальвы:

– группа А: высокий исходный уровень, снижение через 1 мин, возврат с ростом через 3 мин;

– группа Б: умеренный исходный уровень, увеличение через 1 мин, снижение до исходного через 3 мин (нормальная реактивность);

– группа В: низкий исходный уровень, значительное увеличение через 1 мин, снижение через 3 мин.

Обсуждение результатов исследования. Исследование параметров АД, ЧСС, индекса Кердо, шкалы Вейна и риноманометрии показало различия в компенсаторных механизмах ринитов, зависящие от вегетативного статуса. Гиперреактивность симпатической системы может приводить к атрофическим изменениям слизистой носа и синдрому пустого носа, пара-

симпатической — к вазомоторным и гипертрофическим ринитам. Дисфункция ВНС снижает эффективность хирургического лечения вазомоторного ринита.

Заключение. Риноманометрия — доступный метод оценки функции носа, однако он не позво-

ляет оценить вегетативный статус и не может применяется у пациентов с анатомическими нарушениями. Сочетание риноманометрии с оценкой пульса и АД выявило корреляцию изменений ЧСС и АД с функцией носа и реакциями при симпатических и парасимпатических тестах.

Подагра верхнечелюстной пазухи как проявление специфического воспалительного процесса придаточных пазух носа. Клинический случай

Н. Н. Юрченко¹

¹ Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий ФМБА РФ, Москва, Российская Федерация

Gout of the Maxillary Sinus as a Manifestation of a Specific Inflammatory Process of the Paranasal Sinuses Clinical Case

N. N. Yurchenko¹

¹ Federal Clinical Center of High Medical Technologies FMBA RF, Moscow, Russian Federation

В настоящее время, согласно представленным публикациям в электронной библиотеке Pubmed, значимое место в постановке диагноза подагры отводится атипичным формам подагры как первого признака проявления специфического воспалительного процесса. Подагра — это системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешне средовыми и/или генетическими факторами. Со стороны ЛОР-органов: это подагрические тофусышной раковины и среднего уха, гортани и наружного носа. Из нашей клинической практики за текущий 2025 год зафиксированы атипичные формы подагрических тофусов верхнечелюстной пазухи. При анализе опубликованных научных работ не представлено публикаций с освещением атипичных форм подагры данной локализации.

Клинический случай № 1. Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на заложенность носа, выделения из носа, запах из носа, асимметрию лица, беспокоящие с 2020 г. В анамнезе гайморитомия слева с удалением полипа верхнечелюстной пазухи (ВЧП) с пластикой передней стенки ВЧП слева от 2010 г., цистогайморитомия слева со стеоринопластическим компонентом от 2015 г. По резуль-

татам КТ околоносовых пазух (ОНП): снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи слева в виде циркулярного отека слизистой и образования неоднородной структуры до 1 см в диаметре, дефект передней стенки ВЧП слева, послеоперационный дефект латеральной стенки полости носа слева (рис. 1). При эндоскопии полости носа обращает на себя внимание плюс ткань в области нижнего полюса ВЧП серого цвета, плотной консистенции, визуализированная через сформированный послеоперационный дефект латеральной стенки полости носа в нижнем носовом ходу (рис. 2, в). Пациенту выполнена эндоскопическая ревизионная синусотомия слева с удалением новообразования верхнечелюстной пазухи с гистологической верификацией.

По результату гистологического исследования: включения кристаллов мочевой кислоты и кальция с очаговыми перифокальными кровоизлияниями различной давности. Картина подагрических тофусов. Выявлено повышение уровня мочевой кислоты крови (426 мкмоль/л). Пациент консультирован врачом-эндокринологом.

Заключение. Нарушение пуринового обмена: гиперурикемия. Назначена терапия. Пациент находится под наблюдением.

Клинический случай № 2. Пациент, 74 года, поступил с жалобами на затруднение дыхания че-

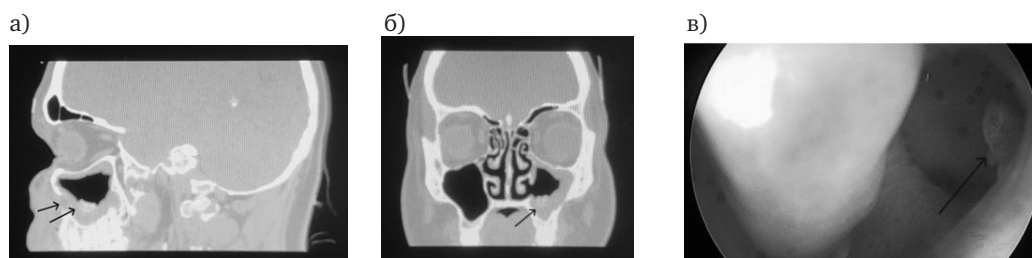


Рис. 1. КТ придаточных пазух носа (а, б); эндоскопическая картина полости носа (в)

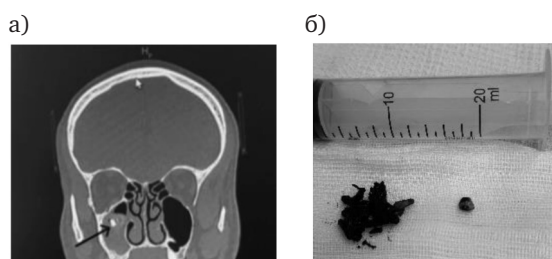


Рис. 2. КТ придаточных пазух носа (а); материал из верхнечелюстной пазухи (б)

рез нос, обильное отделяемое из носа, головные боли, беспокоящие в течение 10 лет. По результатам КТ ОНП: снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи справа субтотально с образованием повышенной плотности до 0,5 см в диаметре с неоднородной структурой (рис. 2, а).

Пациенту выполнена эндоскопическая синусотомия справа с удалением инородного тела верхнечелюстной пазухи и содержимого пазухи в виде бурых масс различной плотности (рис. 2, б). По результату гистологического исследования: фрагмент грануляционной ткани с частичной эпителизацией и полиморфноклеточной инфильтрацией, плотно упакованные бесклеточные массы с кровоизлияниями различной давности

с микрокальцинатами и множественными кристаллами мочевой кислоты. Картина элементов подагрических тофусов. Повышение уровня мочевой кислоты крови не выявлено. Пациент консультирован врачом-эндокринологом.

Заключение. Нарушение пуринового обмена. Назначена терапия. Пациент находится под наблюдением.

Таким образом, на основании представленных данных можно сделать вывод о важности своевременной верификации специфических воспалительных заболеваний, клинически схожих с проявлениями неспецифического воспалительного процесса ЛОР-органов. Ведущую роль в лечении пациентов играет мультидисциплинарный подход.

Содержание

С. А. Азаматова, С. Л. Коваленко, И. Р. Азаматов, М. Д. Коваленко Влияние инфекционных агентов на формирование слуховых нарушений	3
А. В. Акимов Консервативное лечение полипозного риносинусита	5
А. В. Андрианов, Г. Ш. Туфатулин, И. В. Королева, В. В. Дворянчиков Оригинальная методика реабилитации нарушений равновесия детей младшего школьного возраста	6
И. Е. Берест Оценка результативности симуляционного обучения навыкам отоскопии ординаторов по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	7
Д. В. Бобрышева, С. А. Азаматова Клиническое значение и возможности камертональных тестов	8
Н. В. Бойко Одонтогенный синусит как осложнение дентальной имплантации	9
Н. В. Бойко Кисты верхнечелюстной пазухи	10
В. В. Быкова Дифференциальная диагностика грибковых тел околоносовых пазух	11
И. С. Воробьева, И. Ю. Эвомаа Восстановление голоса при тяжелой афонии и дисфагии: клинический случай	13
Е. В. Гаров, К. С. Бавин, Л. А. Мосейкина Профилактика стенозирования, хирургическое лечение и реабилитация пациентов с приобретенной посттравматической фиброзной атрезией наружного слухового прохода	14
Ю. А. Джамалудинов, Ю. М. Атаева, П. Д. Джамалудинова, А. Р. Алиева Влияние экологических аспектов на эффективность лечения ринитов в реальных условиях Республики Дагестан	15
Х. М. Диаб, А. С. Юнусов, А. И. Бураев, В. А. Сайдулаев, В. П. Шпотин, К. М. Мухтаров Наш опыт эндоскопического ассистирования при закрытых операциях на ухе	17
Х. М. Диаб, В. А. Сайдулаев, В. П. Шпотин, И. Д. Мухмадов, М. М. Бурзаханов Опыт применения стеклоиономерного цемента в реконструкции длинного отростка наковальни	18
Х. Диаб, В. А. Сайдулаев, А. С. Юнусов, И. Д. Мухмадов, В. П. Шпотин, М. М. Бурзаханов Причины неудовлетворительных результатов тимпанопластики	19
О. В. Елисеев, Д. И. Курбанова, С. Г. Романенко, О. Г. Павлихин, Е. В. Лесогорова, Е. А. Теплых, В. А. Землянов Хирургическая клеточная аутотрансплантация адипоцитов и гиалуроновой кислоты в аугментации голосовой складки при одностороннем параличе гортани	20
О. А. Емельяненко, Т. В. Золотова, Е. К. Мелоян Биомеханика работы глоточного устья слуховой трубы и роль его нарушений в развитии экссудативного среднего отита	21
М. А. Завадская, А. В. Завадский Санаторно-курортное лечение пациентов разного возраста с головной болью разного генеза в санаториях Республики Крым	22
М. А. Завалий, Т. М. Куц, А. А. Куц Дифференциальная диагностика опухолеподобных заболеваний глотки. Клинический случай	23
М. А. Завалий, А. И. Музафарова История и современность полипозного риносинусита	24
М. А. Завалий, Д. М. Кедровский Клиническое значение взаимосвязи хронического тонзиллита с другими заболеваниями	26
В. А. Землянов, Д. И. Курбанова, С. Г. Романенко, О. Г. Павлихин, Е. В. Лесогорова, О. В. Елисеев, Е. А. Теплых, Е. Н. Красильникова, Е. А. Сафьянникова Эпидемиология заболеваний гортани на фониатрическом приеме: сравнительный анализ данных 1988–1990 и 2019–2024 годов	27
М. А. Золотарева, Т. Н. Лебедева, В. В. Муранова, Е. И. Назарук Особенности клинического течения муковисцидоза у больных Республики Крым	29
Т. В. Золотова, О. А. Емельяненко Стоит ли опасаться применения стероидов при лечении сенсоневральной тугоухости?	30

А. И. Извин, И. М. Вешкурцева, Н. Е. Кузнецова Роль интегральных гематологических индексов в диагностике и прогнозе оториносинусогенных и орбитальных осложнений у детей	31
С. Л. Коваленко, С. А. Азаматова, Л. А. Лазарева, О. В. Саркисян, И. Р. Азаматов Сенсоневральная тугоухость при экссудативном среднем отите.	32
А. Ю. Ковалев, И. В. Зябкин, А. М. Магомедова Опыт эндоскопической хирургии лобных пазух у детей и подростков	33
С. В. Красильникова, К. В. Горбунова, Е. И. Крестова, Т. И. Елисеева Профиль медиаторов воспаления в назальном секрете у больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом с учетом синоназальной патологии	34
А. И. Крюков, Е. В. Гаров, Л. А. Мосейкина Эффективность стапедопластики при малом костно-воздушном интервале у больных отосклерозом с различной степенью тугоухости	35
В. Н. Красножен, Е. М. Покровская, Д. Р. Валеева Эволюция инструментов в ринологической хирургии	36
А. И. Крюков, Е. В. Гаров, Л. А. Мосейкина, Д. А. Брагина Диагностика и хирургическое лечение холестеатомы среднего уха при различных формах хронического гнойного среднего отита	38
Н. Л. Кунельская, Е. В. Байбакова, М. В. Виноградова Использование подпороговой гальванической стимуляции вестибулярного аппарата при лечении двусторонней вестибулопатии	39
Д. И. Курбанова, С. Г. Романенко, Е. В. Лесогорова, О. В. Елисеев, Е. Н. Красильникова, В. А. Землянов, Е. А. Теплых, Е. А. Сафьянникова Клинический случай нетипичного язвенного ларингита	40
Л. А. Лазарева, И. С. Элизбарян, Д. В. Бобрышева, А. И. Шевченко Клинико-иммунологическая эффективность ирригационной терапии орофарингеальной области при хроническом тонзиллите	42
О. А. Лашко, М. А. Завалий, А. Н. Орел Дифференциальная диагностика хронических ларингитов как ранняя диагностика рака гортани	43
И. И. Литовец, Т. С. Литовец Частота выявления врожденных аномалий развития внутреннего уха у пациентов с аномалиями развития краниовертебрального перехода	44
М. М. Магомедов, Ш. Ю. Авкаева, Т. Н. Жоголева, Ш. Ю. Авкаева Функциональное состояние верхнечелюстной пазухи при гиперплазии слизистой оболочки нижней стенки	45
А. Е. Меллер, М. А. Шахова, А. Б. Терентьева, М. Ю. Кириллин, А. В. Шахов Возможности оптической когерентной томографии в дифференциальной диагностике различных форм хронического ринита	46
Н. А. Мирошниченко, А. В. Бакотина, С. Р. Кабардиев Особенности дифференциальной диагностики изолированных поражений клиновидной пазухи	47
Л. И. Мотрук Спортсмены (слепоглухие) с сочетанной патологией уха и глаз (синдром Ушера) в адаптивном спорте города Санкт-Петербург	48
С. Ю. Наумов, С. А. Артюшкин, О. А. Дроздова, Е. С. Наумов Клинические результаты внедрения индекса одонтогенности синуситов (OSI)	49
Нгуен Тхи Фьонг Тхао, Нгуен Тхи Хонг Нюнг Связь между потерей слуха и хронической болезнью почек: исследование в национальной больнице Тхайнгуен	51
Д. Н. Никитина, Ю. Л. Солдатский, А. Ю. Кругляков, Д. Ю. Овсянников Трахеостомия у детей с бронхолегочной дисплазией: частота, особенности клинического статуса и коморбидность пациентов, исходы	52
А. Н. Орел, М. А. Завалий Течение репаративных процессов в слизистой оболочке полости носа в послеоперационном периоде	53
Г. А. Полев, И. В. Зябкин, А. М. Магомедова Возможности эндоскопического подхода в лечении хронического гнойного среднего отита у детей	54
С. Г. Романенко, Д. И. Курбанова, О. Г. Павлихин, Е. В. Лесогорова, М. В. Тардов, М. Г. Тимофеева Диагностика дисфонии — междисциплинарный подход	55
С. Г. Романенко, О. Г. Павлихин, Е. В. Лесогорова, Д. И. Курбанова, Д. И. Красильникова, О. В. Елисеев, Е. А. Сафьянникова Электростимулирующая терапия одностороннего пареза гортани	56

В. А. Сайдулаев, А. С. Юнусов, В. П. Шпотин, И. Д. Мухмадов, М. М. Бурзаханов, А. Л. Ефремов Локальные изменения в антруме, адитусе и эпителипануме при сохранной барабанной перепонке: нужна ли ревизия?	58
К. В. Савранская, Н. А. Мирошниченко, Н. С. Рыжкова Консультирование как базовый терапевтический подход у пациентов с шумом в ушах.	59
В. А. Сайдулаев, Т. И. Остроухов, В. П. Шпотин, У. В. Эдильсултанов, Э. В. Остроухова Особенности послеоперационного ухода за пациентами с хроническими риносинуситами	61
К. Г. Селезнев, С. А. Долженко, П. В. Андреев, З. Т. Климов Результаты лечения пациентов с ранениями шеи и повреждением гортани осколками при МВТ	62
Ф. В. Семенов Ринопластика у пациентов с различными характерологическими особенностями личности.	64
А. Г. Синельникова, А. А. Сависько, Р. И. Синельников, С. А. Банников Сравнение эффективности лазерной и традиционной тонзиллотомии у детей с гипертрофией небных	
В. В. Старцева, А. А. Григорьева Частота грибкового поражения глоточной миндалины у детей с аденоидами 2–3-й степени.	66
М. Е. Студеный, А. А. Смолькова, Н. А. Филин, А. Ф. Хирнеткина, Р. О. Курумов, А. В. Зайцев, Е. В. Бурлаков, М. Е. Артемьев Лечение острых бактериальных риносинуситов в клинической практике врача-оториноларинголога	68
И. С. Султанов, Д. В. Еремцов, А. Е. Мухин, О. А. Юшкова Аутодермопластика у ребенка с травмой ушной раковины	69
Ф. А. Сыроежкин, А. Е. Голованов, Ю. К. Янов, Д. З. Юмакаев, Е. Н. Европейцева Лечение пациентов со слуховыми нарушениями после акубаротравмы: сроки, возможности диагностики, ограничения для реабилитации.	70
Н. В. Тарасова Хроническая тонзиллярная патология в Волгоградской области	71
А. Д. Толокнов, М. А. Шелиховская, В. П. Типикин Перспективы применения аддитивных технологий в хирургии околоносовых пазух	72
Д. Р. Тулендинов, Д. А. Конова К вопросу диссекционного обучения в системе государственного медицинского образования. Опыт, проблемы и перспективы	73
В. А. Фокеев, М. А. Шахова, А. В. Шахов, М. Ю. Кириллин Двухволновая фотодинамическая терапия хронического неспецифического фарингита	74
В. А. Фокеев, М. А. Шахова, А. В. Шахов, М. Ю. Кириллин Опыт ведения детей с PFAPA-синдромом в Чувашской Республики за 2022–2024 гг.	75
А. И. Фуфаева, Р. Н. Федорова, Б. Н. Харьков, В. Д. Вагина, Е. Н. Лаврентьев Эффективность катетеризации слуховых труб с введением дексаметазона детям с экссудативным отитом одномоментно с аденотомией за 2024 гг.	76
А. Н. Чечко Профессор Р. А. Засосов. Выход биографической монографии к 135-му юбилею главного оториноларинголога Военного-морского флота СССР в годы Великой Отечественной войны	78
А. Н. Чечко, Е. М. Покровская, В. Н. Красножен, С. В. Зинченко Способ хирургического лечения проникающих ранений верхнечелюстной пазухи, сопровождающихся носовым кровотечением	79
Е. С. Щеглова, Г. Ш. Туфатулин Длиннолатентные слуховые вызванные потенциалы в оценке эффективности слухопротезирования.	80
Е. Р. Щипанова, М. А. Шахова, Н. И. Игнатова, Д. С. Пшеницина Двухволновая фотодинамическая терапия как метод эрадикации полирезистентных био пленкообразующих бактерий: эксперимент in vitro	81
И. С. Элизбарян, Л. А. Лазарева, К. В. Рукина, Т. Д. Васильев Обоснование роли вегетативного статуса пациента в обеспечении дыхательной функции носа.	83
Н. Н. Юрченко Подагра верхнечелюстной пазухи как проявление специфического воспалительного процесса придаточных пазух носа. Клинический случай	84