

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

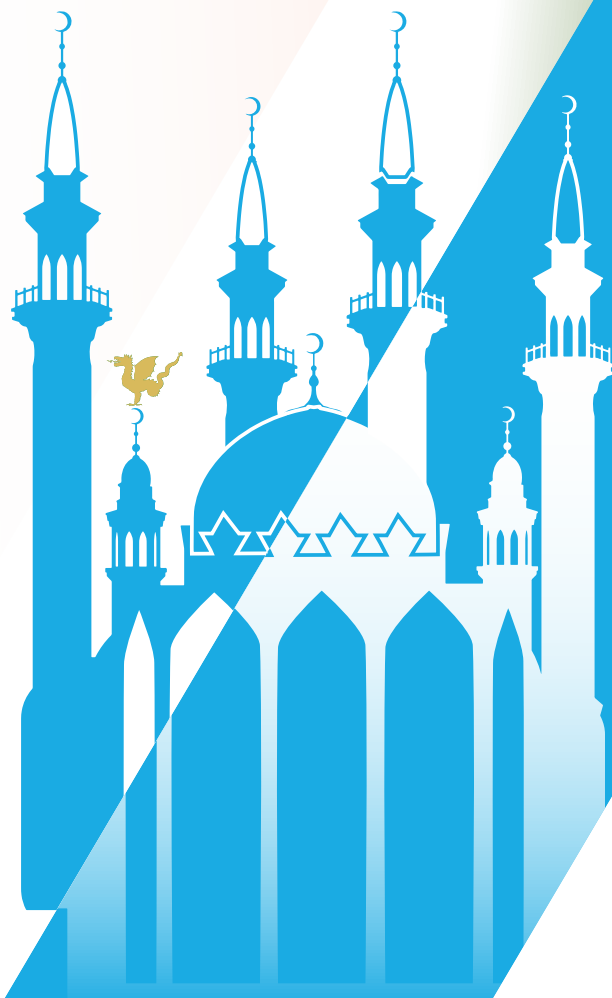
КАЗАНСКИЕ ВСТРЕЧИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЗАСЛУЖЕННОГО
ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН,
ПРОФЕССОРА СВАТКО ЛЮДМИЛЫ ГЕОРГИЕВНЫ

23-24 МАЯ 2025
КАЗАНЬ, УЛ. ПЕТЕРБУРГСКАЯ, 1
ГРАНД ОТЕЛЬ КАЗАНЬ

WWW.RHINOLOGY-KZN.RU



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

IV ВСЕРОССИЙСКОЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

КАЗАНСКИЕ ВСТРЕЧИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

КАЗАНЬ // 23-24 МАЯ 2025

УДК 616.21(082)

ББК 56.8я431

С 23

IV Всероссийская научно-практическая конференция
«Казанские встречи. Актуальные вопросы оториноларин-
гологии» (Казань, 23-24 мая 2025 г.). — Казань: Медицинский
издательский дом «Практика», 2025. — 30 с.

ISBN 978-5-908009-12-6

Ответственность за правильность, полноту и достоверность, научный
и методический уровень сведений, содержащихся в публикуемых материалах,
полностью возлагается на автора/авторов и публикуются
в их редакции

Сборник материалов форума будет размещен на сайте
Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU (РИНЦ)

© Медицинский издательский дом «Практика», 2025
Дизайн: Лена Штром Верстка: Даниял Кабиров

ISBN 978-5-908009-12-6



9 785908 009126 >

ОГЛАВЛЕНИЕ

Т.Р. БАТЫРШИН, Е.М. ПОКРОВСКАЯ Сочетание ринохонантит и болезни Торнвальдта.....	5
Д.С. БОЕНКО, И.А. ТАЛАЛАЕНКО, Н.Д. БОЕНКО, В.А. ЧУБАРЬ, В.Н. ГИНЬКУТ Донецкий ринологический центр — итоги 30-летней работы и задачи на будущее.....	7
М.К. ЗОЛОТЕНИН, В.Н. КРАСНОЖЕН, Е.М. ПОКРОВСКАЯ, Т.Р. БАТЫРШИН Функциональные нарушения мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа, вызванные длительным приемом топических деконгестантов.....	8
К.Ф. ИДРИСОВА, К.А. ЕГАМОВА Реабилитация после лазерной коррекции зрения: обзор рекомендаций по восстановлению после операции, а также эффективное лечение.....	9
К.Ф. ИДРИСОВА, Д.М. РЫЖКОВА Сравнение методов блефаропластики: традиционная хирургия и минимально инвазивные технологии.....	10
Д.М. КАНАФЬЕВ Особенности поглощения широкополосного акустического сигнала структурами среднего уха у детей различных возрастных групп.....	11
В.Н. КРАСНОЖЕН, Ю.И. ИСЛАМОВ Хирургическое лечение обструктивной дисфункции слуховой трубы.....	13
В.Н. КРАСНОЖЕН, Е.М. ПОКРОВСКАЯ, Д.Р. ВАЛЕЕВА Щипцы для расширения соустья клиновидной пазухи: инновационный и безопасный подход в оториноларингологии.....	14
Р.В. ЛАТЫПОВ, Р.Х. ГИЗЯТОВ, Э.М. ИВОЙЛОВА, А.А. НУРТДИНОВ, З.Р. ХАФИЗОВА Поражение околоносовых пазух при COVID-19.....	15
Т.С. ЛИТОВЕЦ, И.И. ЛИТОВЕЦ, Т.Р. БАТЫРШИН Современный взгляд на вопросы диагностики, классификации и лечения пациентов с врожденными аномалиями развития внутреннего уха.....	17
Р.Н. МАМЛЕЕВ, А.В. СИНЧУГОВ Этиопатогенетические особенности и современные методы диагностики паратонзиллярных абсцессов.....	18
А.А. НЕДОСУГОВ Особенности личности пациентов и подходы к профилактике пациентов с синдромом пустого носа.....	19
Ю.Ю. ОРЛОВА, И.В. МИХАЙЛОВА Болезнь Рендю — Ослера — Вебера.....	20
Е.М. ПОКРОВСКАЯ, К.Т. ЕГОРОВА, Д.Р. АХМЕТЗЯНОВА, Р.А. ЕГОРОВ Дисфагия с позиции врача-оториноларинголога.....	21
Е.М. ПОКРОВСКАЯ, В.Н. КРАСНОЖЕН, С.А. ПОЛИЩУК Различия частоты биения ресничек у единичных клеток и клеток в клеточных пластах у пациентов с хроническим синуситом.....	23
Е.М. ПОКРОВСКАЯ, В.Н. КРАСНОЖЕН, В.В. ФЕДОРОВА Ультроструктурные особенности слизистой оболочки соустья клиновидной пазухи.....	24

И.В. СОЛОВЬЕВА, Д.А. ШАКУРОВА Факторы развития функциональных дисфоний гортани и принципы их лечения.....	25
А.Р. ХАНАФИЕВА, Е.В. ПОНОМАРЕВА Ретроспективное исследование орбитальных осложнений риносинуситов у детей за период 2023-2024 годов по данным ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» г. Казани.....	26
Д.А. ШАКУРОВА, Э.Х. АЛИМЕТОВ Морфофункциональные закономерности строения мышц гортани и их соответствие принципу золотого сечения	27
Д.А. ШАКУРОВА, Х.А. АЛИМЕТОВ Дисфония неясного генеза: роль патологии шейного отдела позвоночника и эффективность междисциплинарного подхода.....	28
Г.С. ШКОЛЬНИК, И.О.Х. АЛЬ ДАРРАДЖИ Трансканаликулярная эндоскопия в диагностике и лечении дакриопатологии.....	30

УДК 616.323-002

Т.Р. БАТЫРШИН¹, Е.М. ПОКРОВСКАЯ^{1,2}

¹Казанская государственная медицинская академия г. Казань

²Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Сочетание ронхопатии и болезни Торнвальдта

ВВЕДЕНИЕ. Среди широкого спектра хронических заболеваний и патологических состояний, значительно снижающих качество жизни, с которыми сталкивается большая часть представителей современного социума, особое место занимает ронхопатия (от греческого *ronchus* — храпение, хрипы), или сонный (ночной) храп [1-5, 11]. Ронхопатией страдает до 20% общей популяции и до 60% лиц в возрасте старше 40 лет. Храп представляет собой низкочастотный звук, возникающий при вдохе, в момент прохождения воздуха через суженный просвет глотки. Если легкая степень отличается несущественными признаками нарушения качества жизни, то для среднетяжелой и особенно для тяжелой степени характерно наличие обструкции верхних дыхательных путей, синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и, следовательно, хронической дыхательной недостаточности во время сна. Вследствие этого развиваются значительные нарушения качества жизни пациента, метаболический синдром, заболевания сердечно-сосудистой системы, вероятны случаи летального исхода при апноэ.

Среди этиологических факторов, способствующих сонному храпу и обструкции верхних дыхательных путей, наряду со многими (нарушение носового дыхания, ретро- и микрогнатия, ожирение — СОАС страдает до 50% людей с ожирением и др.) можно выделить хроническую патологию структур глотки и глоточного лимфоэпителиального кольца. В данном сообщении мы хотели затронуть патологию этого ряда, которая, по нашим наблюдениям, в ряде случаев сопровождается ронхопатией. Болезнь Торнвальдта (сумка Торнвальдта, глоточный бурсит) — малоизвестное широкому кругу практикующих врачей заболевание. Это объясняется недостаточностью информации в руководствах по оториноларингологии и ограниченными диагностическими возможностями многих лечебных учреждений, в особенности амбулаторного звена.

По данным различных источников, болезнь Торнвальдта представляет собой хроническое воспаление врожденной сумки, или кармана (Luschka) как анатомического варианта строения, расположенной в углублении у дуги первого шейного позвонка. Научное описание воспаления сумки было сделано Густавом Торнвальдтом в 1885 году. У большинства людей происходит заращение данной сумки, и впоследствии патология ничем не проявляется, но примерно у 1,5-2% населения она встречается.

Болезнь Торнвальдта характеризуется слизисто-гнойными выделениями, иногда коричневатого-желтого цвета, исходящими из сумки и стекающими по задней

стенке глотки, в отдельных случаях и из полости носа, дискомфортом, иногда болевыми ощущениями в носоглотке и гортани, затруднением носового дыхания (симптомами хронического ринофарингита). Кроме того, у многих пациентов встречаются такие симптомы, как головная боль, неприятный запах из носа и глотки. Нередко больные страдают тубоотитами, хроническими синуситами. В отдельных случаях при окклюзии выводного отверстия сумки по различным причинам формируется киста Торнвальдта со слизистым или слизисто-гнойным содержимым.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами обследовано 285 пациентов, страдающих сонным храпом (взрослого возраста, обоего пола). Произведен осмотр лор-органов. С целью объективизации процесса ряду пациентов (при наличии возможности) была проведена полисомнография. На базе городского лор-центра наряду с обычным осмотром производилась риноэндоскопия полости носа и носоглотки с применением жестких эндоскопов «Элепс» с 00 и 300 оптикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Помимо различной обширной патологии полости носа, околоносовых пазух, носо- и ротоглотки, у 57 больных сонным храпом была выявлена болезнь Торнвальдта. В этой группе у большинства (35 человек) носоглоточная сумка Торнвальдта представляла собой круглое отверстие в верхнезаднем углу носоглотки, окруженное фрагментами плотных аденоидных вегетаций сверху и с боков. В зависимости от состояния ремиссии или обострения изменялось количество выделяемого из отверстия секрета. В стадии обострения (часто на фоне перенесенного ОРЗ) участки аденоидной ткани были гиперемизированными, набухшими, отечными, слизисто-гнойный секрет из отверстия выделялся в большом количестве. У 12 пациентов сумка Торнвальдта представляла собой участок, окруженный небольшим валиком лимфоаденоидной ткани. В восьми случаях сумка была в виде щелевидного углубления в верхнезаднем углу носоглотки, которое обнаруживалось только при более тщательном осмотре.

Нами отмечено, что при острых катаральных процессах в верхних дыхательных путях, обострении риносинусита и в течение некоторого времени после стихания симптомов сумка Торнвальдта проявляется четко, без труда и характеризуется обильной секрецией. В период вне острого воспалительного процесса в полости носа и в глотке ее диагностические визуальные признаки часто выражены слабее. У пациентов

с ринхопатией болезнь Торнвальдта, особенно в стадии обострения, приводит к отеку слизистой носоглотки и субъективному дискомфорту, раздражению продуцируемой сумкой слизи, вызывающей ощущение «мембраны» или «инородного тела» и уменьшающей просвет дыхательных путей.

Характерным также является усиление сонного храпа во время острого воспалительного процесса в верхних дыхательных путях, что объясняется также и нарушением носового дыхания. Можно предположить, что болезнь Торнвальдта как проявление хронического воспаления глотки также может быть отнесена к числу заболеваний, этиопатогенетически предрасполагающих к сонному храпу. Следует также отметить, что болезнь Торнвальдта встречается и без сопутствующей ринхопатии и часто вызывает трудности в диагностике, в особенности на амбулаторном уровне. Таким пациентам выставляются диагнозы «синусит», «сфеноидит», «этмоидит», «вазомоторный ринит» и т.д., но не глоточный бурсит. Недостаточный уровень материально-технического оснащения лор-кабинетов многих поликлиник, отсутствие стандартов в лечении ринхопатии и болезни Торнвальдта, высокая стоимость современных методов исследования на сегодняшний день значительно затрудняют диагностику этих заболеваний.

Тема разработки оптимальных методов лечения ринхопатии, в т.ч. в сочетании с патологией носа и носоглотки, сохраняют свою актуальность [6-9, 11].

Лечебная тактика у больных ринхопатией (легкая и среднетяжелая степень) при наличии сопутствующей болезни Торнвальдта заключалась в эндоскопической коррекции внутриносовых структур (для нормализации носового дыхания и создания широкого доступа к носоглотке), удалении склерозированной аденоидной ткани в области носоглоточной сумки с помощью шейвера. В связи с тем, что сумка Торнвальдта находится в костном углублении вблизи атланта и ствола головного мозга (верхнезадняя стенка носоглотки), проводимые оперативные вмешательства представляли собой определенную трудность и выполнялись по щадящим принципам малоинвазивной хирургии. Вторым этапом выполнялась щадящая молекулярно-резонансная увулопалатопластика. В послеоперационном периоде проводилось промывание носоглотки растворами антисептиков. В случаях тяжелой степени ринхопатии, с выраженным синдромом обструктивного апноэ (индекс апноэ/зипноэ более 15), была рекомендована CPAP-терапия.

ВЫВОДЫ. Таким образом, по нашим наблюдениям, болезнь Торнвальдта во многих случаях сопутствует ринхопатии, и при ее выявлении следует учитывать это в комплексном лечении пациентов. В настоящее время нами проводится разработка лечебно-диагностического алгоритма при ринхопатии в сочетании с патологией верхних дыхательных путей, включая болезнь Торнвальдта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блоцкий А.А., Плужников М.С. Феномен храпа и синдром обструктивного апноэ. — СПб: СпецЛит, 2002. — 174 с.
2. Бузунов Р.В., Лезейдо И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна. Учебное пособие для врачей. — М., 2011. — 76 с.
3. Вейн А.М., Полуэктов М.Г. О храпе серьезно. — М.: Эйдос-Medica, 2003. — 120 с.
4. Зильбер А.П. Синдром сонного апноэ. — Петрозаводск: Издательство Петрозаводского университета, 1994. — 183 с.
5. Лопатин А.С., Бузунов Р.В., Смушко А.М. др. Храп и синдром обструктивного апноэ во сне // Российская ринология. — 1998. — № 4. — С. 17.
6. Минин Ю.В., Кучеренок Т.Н., Минина А.Ю. Клинико-фониатрическая оценка эффективности комбинированного лечения больных храпом // Вестник оториноларингологии. — 2005. — № 1. — С. 20-24.
7. Овчинников Ю.М., Фишкин Д.В. Варианты хирургического лечения больных с храпом и синдромом сонного апноэ // Вестник оториноларингологии. — 2000. — № 4. — С. 52-54.
8. Пискунов Г.Г., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. — М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003. — 204 с.
9. Решетников С.В., Пискунов Г.З. Носовая обструкция и синдром обструктивного апноэ сна // Российская ринология. — 2010. — № 6. — С. 3-8.
10. Lindberg E., Gislason T. Epidemiology of sleep-related obstructive breathing // Sleep. med. rev. — 2000. — Vol. 4. — P. 411-433.
11. Taliafero C. Submucosal radiosurgical uvulopalatoplasty for the treatment of snoring: is the monitoring of tissue impedance and temperature necessary? // Otolaryngol. Head Neck Surg. — 2001. — Vol. 124. — P. 46-50.

УДК 616.211

Д.С. БОЕНКО^{1,2}, И.А. ТАЛАЛАЕНКО¹, Н.Д. БОЕНКО¹, В.А. ЧУБАРЬ², В.Н. ГИНЬКУТ¹

¹Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк

²Городская клиническая больница № 7, г. Донецк

Донецкий ринологический центр — итоги 30-летней работы и задачи на будущее

ВВЕДЕНИЕ. В 1995 году на базе лор-отделения Дорожной клинической больницы станции Донецк был организован первый в Украине ринологический центр. Его основателем стал профессор С.К. Боенко. Организация ринологического центра была очень своевременной: в 90-е годы доля пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух превысила половину контингента больных лор-отделений. В настоящее время Донецкий ринологический центр является единственным специализированным центром на территории Донецкой и Луганской народных республик.

ЦЕЛИ РАБОТЫ РИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА — внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с лор-патологией; оказание высокоспециализированной лор-помощи пациентам ДНР и ЛНР с патологией носа и околоносовых пазух; преподавание оториноларингологии врачам на последипломном уровне; проведение научных исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Донецкий ринологический центр полностью укомплектован современным эндоскопическим медицинским оборудованием и набором инструментов для эндоскопических ринологических и других лор-операций. Операционный блок и палаты послеоперационного пребывания отделены от других помещений лор-отделения и расположены на 2-м этаже. Перечень оперативных вмешательств, которые осуществляются в Донецком ринологическом центре, включает: септопластику, различные виды эндоназальных полипотомий и синусотомий, эндоназальную гакриоцисториноскопию, коррекцию хоанальных атрезий, эндоскопические вмешательства на носовых раковинах, адено- и тонзиллотомэктомии, операции при риногенных и тонзиллогенных гнойных осложнениях. Все оперативные вмешательства проводятся под общей многокомпонентной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких.

В составе ринологического центра имеется эндориноскопический кабинет. Все врачи центра прошли соответствующую специализацию за рубежом и в Российской Федерации. На базе центра работают один доктор медицинских наук, два кандидата медицинских наук, два доцента и ассистент. Здесь все годы ведется межкафедральная научно-исследовательская работа, основными направлениями которой являются эндоназальная эндоскопическая ринохирургия, функциональная ринология, тонзиллярная проблема.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За 30 лет в Донецком ринологическом центре пролечено более десяти тысяч пациентов.

Около шести тысяч из них прооперировано с использованием эндоскопической техники и современных методик. На клиническом материале центра успешно защищены кандидатская диссертация «Эндоскопическое хирургическое лечение пациентов с неопуховидными заболеваниями верхнечелюстной пазухи» и докторская диссертация «Клиника, диагностика и эндоскопическое хирургическое лечение воспалительных заболеваний задней группы околоносовых пазух», изданы монографии «Патогенез, клиника, диагностика и эндоскопическое хирургическое лечение больных воспалительными заболеваниями задней группы околоносовых пазух» и «Диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца у детей».

Для оптимизации хирургического лечения ринологических больных Д.С. Боенко созданы оригинальный синус-троакар и оригинальный конхокорректор, промышленный выпуск которых осуществляется фирмой «ЭлМед» (г. Казань, Россия). За время работы центра его сотрудниками разработано 19 новых методов лечения, защищенных патентами Украины и Российской Федерации. На базе Донецкого ринологического центра впервые обоснована экономическая эффективность применения современных методик «причинного» лечения синуситов (W. Messerclinger, 1978).

С 2014 года по настоящее время, несмотря на сложную политическую и экономическую ситуацию, Донецкий ринологический центр продолжает работать в составе системы здравоохранения Российской Федерации и оказывать медицинскую помощь пациентам Донбасса и раненым бойцам. На его базе продолжается подготовка научных кадров, последипломное преподавание оториноларингологии и научная работа, осуществляется межвузовское сотрудничество с высшими медицинскими учебными заведениями Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Донецкий ринологический центр является опорным медицинским учреждением, оказывающим высокоспециализированную оториноларингологическую помощь.

2. Работа Донецкого ринологического центра в условиях военного времени включает оказание плановой диагностической и лечебной помощи населению Донецкой и Луганской народных республик, а также военнотружущим, нуждающимся в высокоспециализированной медицинской помощи.

3. Сохранение и развитие ринологического центра в сложных условиях военного времени необходимо для подготовки врачебных и научных кадров в Донбассе.

УДК 611.864

М.К. ЗОЛОТЕНИН¹, В.Н. КРАСНОЖЕН^{1,2}, Е.М. ПОКРОВСКАЯ^{1,2}, Т.Р. БАТЫРШИН²¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Функциональные нарушения мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа, вызванные длительным приемом топических деконгестантов

ВВЕДЕНИЕ. Топические деконгестанты на сегодняшний день являются наиболее часто применяемыми препаратами для лечения симптомов заложенности носа. Длительный и бесконтрольный прием деконгестантов является актуальной проблемой в оториноларингологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — определить влияние длительного использования деконгестантов на мукоцилиарный транспорт.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для исследования отобрано 50 человек в возрасте старше 18 лет, непрерывно использующих топические деконгестанты длительно более семи дней. Все пациенты были разделены на 3 группы: использующие топические деконгестанты до 1 года ($n=15$), использующие деконгестанты от 1 года до 10 лет ($n=15$) и использующие топические деконгестанты свыше 10 лет ($n=20$). Перед исследованием пациенты не пользовались деконгестантами в течение 24 часов.

Забор материала производился со средней порции нижней носовой раковины при помощи урогенитального зонда. Для исследования выбиралась сторона в фазе вазоконстрикции. Производилась видеомикроскопия полученных материалов с последующей видеозаписью 8-10 участков с сохраненным биением ресничек. Полученные видеозаписи анализировались при помо-

щи программного обеспечения для подсчета частоты биения ресничек.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По окончании проведенного исследования получены следующие данные. Частота биения ресничек слизистой нижних носовых раковин у обследованных пациентов, использующих интраназальные деконгестанты длительно до 1 года, колебалась от 1,8 до 4,6 Гц. Среднее значение составило $3,30 \pm 0,54$ Гц ($p < 0,001$). ЧБР слизистой нижних носовых раковин у обследованных пациентов, использующих интраназальные деконгестанты длительно от 1 до 10 лет, колебалась от 0,7 до 3,75 Гц. Среднее значение составило $2,51 \pm 0,7$ Гц ($p < 0,001$). Частота биения ресничек слизистой нижних носовых раковин у обследованных пациентов, использующих интраназальные деконгестанты длительно более 10 лет, колебалась от 0 до 3,7 Гц. Среднее значение составило $1,59 \pm 0,8$ Гц.

ВЫВОДЫ. Длительность приема топических деконгестантов взаимосвязана с функциональным состоянием мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа. Чем дольше пациенты принимают топические деконгестанты, тем выше у них степень угнетения мукоцилиарной активности мерцательного эпителия.

УДК 617.7

К.Ф. ИДРИСОВА, К.А. ЕГАМОВА

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Реабилитация после лазерной коррекции зрения: обзор рекомендаций по восстановлению после операции, а также эффект на зрение

ВВЕДЕНИЕ. В последние годы лазерная коррекция зрения обрела значительную популярность, и количество пациентов, решающих на эту процедуру, неуклонно увеличивается. Эффективная реабилитация важна для лечения и профилактики осложнений, а также для комфортного восстановления. Поэтому данная тема актуальна как для врачей, так и для пациентов, которые планируют или уже прошли лазерную коррекцию зрения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить эффекты на зрение после лазерной коррекции зрения (LASIK и Femto-LASIK) и дать рекомендации по восстановлению для предотвращения осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Это сравнительное нерандомизированное клиническое исследование проводилось на базе офтальмологической клиники «Смотри» на 23 пациентах с различной степенью миопии (от слабой до высокой). Пациенты проходили лечение LASIK (4 человека) и Femto-LASIK (19 человек) осенью 2023 года. Критериями включения были: возраст 19-43 года и миопия слабой-высокой степени (от -0,75 до -6,5 дптр). Пациенты были обследованы до операции, на следующий день, через 1 неделю и через 1 месяц.

Исследовались: пол, возраст, степень миопии, методы лазерной коррекции (LASIK/Femto-LASIK), наличие синдрома сухого глаза после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Было выявлено, что практически у всех пациентов (87%) после лазерной коррекции зрения методами LASIK и Femto-LASIK имеются осложнения в качестве синдрома сухого глаза (на начальных эта-

пах восстановления). Причем только при Femto-LASIK в 13% случаев данный синдром не наблюдался.

Исследование установило, что методы коррекции зрения LASIK и Femto-LASIK обеспечивают схожую остроту зрения у пациентов со слабой-высокой степенью миопии. Успешность уменьшения синдрома сухого глаза после операции зависела от осведомленности пациентов и выполнения ими рекомендаций по восстановлению слезной пленки.

ВЫВОДЫ. Таким образом, было проанализировано оперативное вмешательство методами LASIK и Femto-LASIK на 23 пациентах. Обе операции показали высокую степень эффективности в коррекции аметропии, однако выявлено наличие осложнений в виде синдрома сухого глаза (ССГ) у 87% пациентов (на начальных этапах восстановления). Для предотвращения ССГ необходимо до/после операции использовать пробы Ширмера или Норна, которыми оцениваются слезопродукция и стабильность слезной пленки соответственно.

Если показатели ниже нормы, это указывает на наличие ССГ, и в таком случае сначала требуется лечение данного состояния, а затем проведение коррекции зрения. Для решения данной проблемы производится коррекция слезной пленки с помощью глазных капель. Необходимо индивидуализировать подход к реабилитации пациентов после лазерной коррекции зрения, чтобы минимизировать риск возникновения осложнений и обеспечить долгосрочные результаты. Для этого пациенту необходимо давать полную информацию о реабилитации, критерии которой указаны в табл. 1.

Таблица 1. Рекомендации в реабилитационный период

Первые 3 дня	• слезы протирать чистым платком/салфеткой только с щек, не прикасаясь к векам и глазам; • запрещается тереть и трогать глаза, сильно прищуриваться; • нельзя мыть голову
Первые 2 недели	• не наносить косметику/крема на глаза; • принимать лекарственные средства, назначенные врачом (анальгетики, антибиотики, глазные капли); • на улице/дома носить специальные очки для защиты глаз и из-за их чувствительности к свету
Первый 1 месяц	• не выполнять тяжелую домашнюю работу/физические нагрузки; • не поднимать тяжести (10 кг и более); • спать желательно на спине; • не посещать баню, сауны и бассейны
Первые 6 месяцев	• не участвовать в контактных видах спорта (бокс, борьба, баскетбол, волейбол); • уход за детьми после операции лучше поручить близким людям или родственникам

УДК 617.77-089.844

К.Ф. ИДРИСОВА, Д.М. РЫЖКОВА

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Сравнение методов блефаропластики: традиционная хирургия и минимально инвазивные технологии

ВВЕДЕНИЕ. В современном мире интерес к блефаропластике неуклонно растет. Для получения максимально удовлетворительных результатов необходимо тщательно анализировать анатомические особенности строения пациентов и подбирать наиболее подходящий метод проведения блефаропластики.

Традиционная блефаропластика предполагает иссечение кожи круговой мышцы глаза и жировых мешков. Методика подходит пациентам с выраженным блефарохалазисом, ослаблением мышцы и избыточным жиром. Минимально инвазивная блефаропластика применяется в случаях отсутствия выраженного избытка кожи, а также при желании избежать внешних рубцов. Подходит пациентам без явных изменений кожи. Жиросохраняющие операции становятся все более популярными. Методы Намга и Лоеб обеспечивают естественные результаты с минимальным удалением жира, что снижает риск «пустых» глаз и способствует гармоничному облику после операции.

По причине высокой востребованности блефаропластики появляется необходимость в проведении сравнительного анализа методов. В связи с этим мною были выставлены цель и задачи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — провести сравнительный анализ различных методов блефаропластики: традиционной и минимально инвазивной.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести обзор современной научной литературы, посвященной различным методам блефаропластики.
2. Определить преимущества различных методов, опираясь на локальный статус пациента.
3. Провести сравнительный анализ клинических случаев при проведении традиционной и минимально инвазивной блефаропластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании приняли участие 10 пациентов в возрасте от 30 до 65 лет, ко-

торым была проведена коррекция блефарохалазиса верхних и/или нижних век традиционным способом, жиросохраняющая блефаропластика методами Намга и Лоеб, а также трансконъюнктивная блефаропластика нижних век на базе клиники «Смотри».

Для выбора тактики хирургического вмешательства необходимо было оценить локальный статус пациента: степень блефарохалазиса, состояние кожи век, наличие сопутствующих заболеваний и анатомические особенности. Также требовалось выяснить ожидания пациента и обсудить возможные осложнения для достижения наилучшего результата.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основании анализа клинических данных традиционная хирургия показала высокий уровень удовлетворенности (93%), в то время как минимально инвазивные технологии — 89%. Средний срок восстановления после традиционной блефаропластики составил 4-8 недель, при минимально инвазивных методах — 1-2 недели. Число осложнений в группе традиционной хирургии составило 8%, и наиболее распространенными осложнениями являлись отеки и гематомы в области век и прилежащих тканей, тогда как в группе минимально инвазивных технологий — 4%, и выражались они во временных изменениях чувствительности. Оценка эстетических результатов через шесть месяцев показала, что в обеих группах наблюдались значительные улучшения. Однако в группе минимально инвазивных технологий результаты были более естественными и менее заметными.

ВЫВОДЫ. Актуальность традиционных и минимально инвазивных методов по-прежнему высока, оба подхода эффективны. Традиционная хирургия обеспечивает долговременные результаты, минимально инвазивные методы способствуют быстрому восстановлению. Для выбора оптимальной методики блефаропластики нужно учитывать локальный статус и ожидания пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Naik M.N. et al. Blepharoplasty: an overview // Journal of cutaneous and aesthetic surgery. — 2009. — Vol. 1 (2). — С. 6-11.
2. Patel B.C., Malhotra R. Upper eyelid blepharoplasty // StatPearls [Internet]. — StatPearls Publishing, 2023.
3. Bhattacharjee K. et al. Lower eyelid blepharoplasty: An overview // Indian journal of ophthalmology. — 2020. — Vol. 10 (68). — С. 2075-2083.
4. Rodrigues C., Carvalho F., Marques M. Upper eyelid blepharoplasty: surgical techniques and results — systematic review and meta-analysis // Aesthetic Plastic Surgery. — 2023. — Vol. 5 (47). — С. 1870-1883.
5. Au S. C.L. Practical surgical tips on performing upper blepharoplasty // World Journal of Clinical Cases. — 2024. — Vol. 36 (12). — С. 6864.
6. Ross G. L., Whitby D. J. Trends in aesthetic facial surgery: the Hamra lower lid blepharoplasty.
7. Bhoutekar P., Winters R. Blepharoplasty subciliary approach. — 2020.
8. Innocenti A. et al. Effects of orbicularis oculi flap anchorage to the periosteum of the upper orbital rim on the lower eyelid position after transcutaneous blepharoplasty: statistical analysis of clinical outcomes // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. — 2017. — Vol. 3 (70). — С. 385-391.

УДК 616.284

Д.М. КАНАФЬЕВ

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Особенности поглощения широкополосного акустического сигнала структурами среднего уха у детей различных возрастных групп

ВВЕДЕНИЕ. Слуховая система человека претерпевает значительные изменения в процессе развития, особенно в раннем детском возрасте. У новорожденных слуховой проход состоит преимущественно из хрящевой ткани, барабанная перепонка имеет большую толщину и угол наклона, а в полости среднего уха присутствует миксоидная ткань. С возрастом слуховой проход удлиняется, становится шире и приобретает S-образную форму, барабанная перепонка истончается, становится эластичнее и меняет наклон, слуховые косточки становятся более подвижными, а евстахиева труба удлиняется, сужается и приобретает более вертикальное положение. Лишь к 12 годам строение наружного и среднего уха соответствует взрослым. Все эти изменения существенно влияют на акустические свойства уха и характер поглощения звуковых волн, что необходимо учитывать при диагностике слуховых нарушений у детей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить возрастную динамику поглощения широкополосного акустического сигнала структурами среднего уха у детей различных возрастных групп — от 1 года до 18 лет. Особое внимание уделялось изменениям в критических периодах слухового развития: раннем детстве (1-3 года), дошкольном и младшем школьном возрасте (4-11 лет) и подростковом периоде (12-18 лет).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании приняли участие 60 пациентов (24 мальчика и 36 девочек) без патологий слуховой системы. Все участники были разделены на три возрастные группы: 15 детей 1-3 лет, 31 ребенок 4-11 лет и 14 подростков 12-18 лет. Комплексное обследование включало:

- полный оториноларингологический осмотр;
- отоскопию с использованием современного оборудования;
- регистрацию отоакустической эмиссии;

- классическую тимпанометрию на частоте 226 Гц;
- широкополосную тимпанометрию с применением прибора Interacoustics Titan.

Критериями включения было отсутствие хронических заболеваний уха, нормальная отоскопическая картина, тимпанограмма типа А и регистрация отоакустической эмиссии на всех тестовых частотах.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ полученных данных выявил четкую возрастную динамику акустического поглощения. У детей 1-3 лет отмечалось минимальное поглощение на низких частотах (0,25-2 кГц) — всего 20-30% от максимальных значений. В то же время в диапазоне 2-6 кГц у детей обеих младших групп (1-3 и 4-11 лет) наблюдалось максимальное поглощение (70-90%), превышающее аналогичные показатели у взрослых. У подростков 12-18 лет кривые поглощения практически полностью соответствовали взрослым нормам, демонстрируя плавный рост на низких частотах и постепенное снижение на высоких.

Интересно отметить, что графики поглощения во всех возрастных группах имели характерную двухпиковую форму с максимумами в областях 1-1,5 кГц и 3-4 кГц. Однако амплитуда и положение этих пиков существенно варьировались в зависимости от возраста.

ВЫВОДЫ. Проведенное исследование убедительно демонстрирует, что акустические свойства среднего уха претерпевают значительные изменения в процессе роста и развития ребенка. Понимание возрастных особенностей поглощения широкополосного акустического сигнала структурами органа слуха имеет важное практическое значение. На основе этих знаний можно разрабатывать эффективные методы коррекции и профилактики нарушений акустического восприятия, а также улучшать и адаптировать различные аудиотехнические устройства для людей разных возрастных групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сапожников Я.М., Дайхес Н.А., Мачалов А.С., Карпов В.А., Канафьев Д.М. Возможности широкополосной тимпанометрии в дифференциальной диагностике некоторых форм тугоухости // Российская оториноларингология. — 2019. — № 6 (18). — С. 59-65.

2. Дайхес Н.А., Мачалов А.С., Кузнецов А.О., Христенко Н.В. Акустическая импедансометрия. Учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2022. — 96 с.

3. Абдулкеримов Х.Т., Артюшкин С.А., Балясинская Г.Д., Бимбас Е.С. и др. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Кунельская Н.А. и др. Национальное руководство / (2-е изд., перераб. и доп.). — Москва, 2021. — 2040 с.

4. Дайхес Н.А., Гузь Е.В., Дергачев В.С., Пашков А.В. Регистр диагностики и лечения нарушений слуха у жителей Российской Федерации // Российская оториноларингология. — 2007. — Vol. 3 (28). — С. 16-19.

5. Wilson W.J. Kei, F. Zhao. Anatomy and physiology of the outer and middle ear in young infants // *Assessing Middle Ear Function in Infants*. — San Diego, 2012. — P. 1-15.
6. Kruger B. An update on the external ear resonance in infants and young children // *Ear Hear*. — 1987. — Vol. 8. — P. 333-336.
7. Дайхес Н.А., Мачалов А.С., Сапожников Я.М., Кузнецов А.О., Кошель И.В., Карнеева О.В. Скрининг слуха у детей первого года жизни. Учебное пособие, 2022. — 64 с.
8. Makadma H., Aithal S., Aithal V., Kei J. Use of Wideband Acoustic Immittance in Neonates and Infants // *Semin Hear*. — 2023. — Vol. 1 (44). — P. 29-45.
9. Ugarteburu M., Withnell R.H., Cardoso L., Carriero A., Richter C.P. Mammalian middle ear mechanics: A review // *Front Bioeng Biotechnol*. — 2022;10:983510.
10. Olszewski J. The morphometry of the ear ossicles in humans during development // *Anat Anz*. — 1990. — Vol. 171. — P. 187-191.
11. Motallebzadeh H., Maftoon N., Pitaro J., Funnell W R.J., S.J. Fluid-Structure Finite-Element Modelling and Clinical Measurement of the Wideband Acoustic Input Admittance of the Newborn Ear Canal and Middle Ear // *J Assoc Res Otolaryngol*. — 2017. — Vol. (18). — P. 671-686.
12. Machalov A.S. Functional state of the middle and inner ear in patients with sensorineural hearing loss after cochlear implantation. Extended abstract of candidate's thesis. — Moscow, 2015. — 23 p.
13. Мачалов А.С., Староха А.В., Литвак М.М. К вопросу оценки состояния среднего и внутреннего уха у больных с сенсоневральной тугоухостью после кохлеарной имплантации // *Актуальные вопросы оториноларингологии. Материалы межрегиональной научно-практической конференции Сибири с международным участием*. — Благовещенск, 2012. — С. 18-21.

УДК 616.284

В.Н. КРАСНОЖЕН^{1,2}, Ю.И. ИСЛАМОВ¹

¹Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

²Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Хирургическое лечение обструктивной дисфункции слуховой трубы

ВВЕДЕНИЕ. Среди всех хронических заболеваний оториноларингологического профиля патология слуха занимает одно из первых мест. За десять последних лет число людей, страдающих нарушением слуха, увеличилось на 30%! Их количество в России превышает 13 млн человек, из них около 1 млн — дети. Более 1/3 всех случаев тугоухости и глухоты связаны с нарушением функции слуховой трубы (СТ). Распространенность дисфункции слуховой трубы (ДСТ) у взрослых составляет, по разным данным, от 1 до 5%. ДСТ той или иной формы страдают около 40% детей в возрасте до десяти лет. ДСТ представляет одну из актуальных проблем оториноларингологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — восстановление/улучшение слуха и функции слуховой трубы у пациентов, страдающих обструктивной дисфункцией слуховой трубы (ОДСТ), путем применения радиоволновой энергии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Хирургическому лечению были подвергнуты 12 пациентов в 2025 году, страдавших ОДСТ и снижением остроты слуха в возрасте 10-42 лет. Из них мужского пола — 4 пациента и женского — 8. Применяли радиоволновой хирургический генератор Surgitron DUALRFS5, специальный электрод. Проводили методы исследования СТ — пробы Тойнби и Вальсальвы, тональную пороговую аудиометрию, простую тимпанометрию, эндоскопию.

Методика. Через нос вводили жесткий эндоскоп с широкоугольной оптикой 30° диаметром 4 или 2,8 мм и шариковый радиоволновой электрод и продвигали до глоточного устья СТ. Задняя стенка СТ смещалась медиально и кзади дугой изгиба электрода, чтобы увидеть правильную ось просвета и определить границы

радиоволновой хирургии. Затем в результате контакта электрода с тканью подавалась энергия и патологически измененная слизистая испарялась почти мгновенно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Персистирующий, несмотря на максимальную медикаментозную терапию, отек-гипертрофия слизистой и/или недостаточная вентиляция среднего уха через парацентезную перфорацию являлись показаниями к интратубарной радиоволновой пластике слуховой трубы (Radio Eustachian Tuboplasty). Эндоскопическое вмешательство минимально инвазивное. Редукцию тканей СТ осуществляли путем удаления-испарения патологически измененной слизистой радиоволной только на задней стенке во избежание послеоперационных синехий.

В конце операции вводили специальный тампон в просвет СТ. Полное заживление раны и восстановление вентиляционной функции констатировали по истечении 14-30 суток. Послеоперационное ведение пациентов заключалось в применении терапевтической эндоскопии дважды в неделю и было направлено на скорейшее заживление раны. До операции лечили фоновые заболевания пациентов — патологию носа и ОНП, коррекцию внутриносовых структур, аллергию, ларингофарингеальный рефлюкс, первичные заболевания слизистой оболочки и др.

ВЫВОДЫ. Хирургическое лечение обструктивной дисфункции СТ привело к восстановлению/улучшению слуха и вентиляционной функции у всех пациентов. Правильная ориентация в анатомии области СТ является профилактикой повреждения внутренней сонной артерии. Катамнез изучается.

УДК 616.216.1

В.Н. КРАСНОЖЕН^{1,2}, Е.М. ПОКРОВСКАЯ^{1,2}, Д.Р. ВАЛЕЕВА¹¹Казанская государственная медицинская академия, г. Казань²Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Щипцы для расширения соустья клиновидной пазухи: инновационный и безопасный подход в оториноларингологии

ВВЕДЕНИЕ. Прогресс в хирургическом лечении хронических сфеноидитов невозможен без разработки специализированных инструментов для операций в области сфеноэтмоидального комплекса. Создание таких инновационных устройств — приоритетное направление современной риносинусхирургии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — усовершенствовать методику эндоназальных эндоскопических вмешательств на клиновидной пазухе путем разработки инструмента для расширения естественного соустья клиновидной пазухи.

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 браншей. 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 прорезания насквозь медиальной части естественного соустья сзади наперед, после чего инструмент извлекается.

Хирургическое вмешательство на клиновидных пазухах проведено на шести кадрах (12 пазух) и на одиннадцати пациентах с изолированными сфенои-

дитами. Общее количество — прооперировано 23 клиновидных пазухи.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В данную группу вошли пациенты, получившие направление на хирургическое лечение изолированного сфеноидита, основным симптомом которого были головные боли различной силы, в основном локализованные в затылке. 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 восьми пациентов, мицетому клиновидной пазухи — у двух пациентов, кисту клиновидной пазухи — у одного 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 трех месяцев пневматизация пазух восстановилась через три месяца у всех пациентов, стеноза либо рубцовой облитерации соустья и рецидива заболевания не выявлено ни у одного из оперированных пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Предложенный инструмент «Щипцы для вскрытия и расширения соустья клиновидной пазухи с функцией удаления патологических тканей» сконструирован с учетом особенностей анатомии передней стенки клиновидной пазухи и позволяет выполнять малоинвазивную медиальную парциальную резекцию естественного соустья.

2. Указанная резекция естественного соустья клиновидной пазухи создает условия для полноценной репаративной регенерации подлежащих тканей с интактных отделов естественного соустья, что профилактирует процесс его стенозирования или рубцовой облитерации.

3. Применение в клинической практике щипцов, предназначенных для вскрытия и расширения соустья клиновидной пазухи с одновременным удалением патологических тканей, не привело к возникновению осложнений в виде стеноза либо рубцовой облитерации.

УДК 616.216.1:578.834.1

Р.В. ЛАТЫПОВ, Р.Х. ГИЗЯТОВ, Э.М. ИВОЙЛОВА, А.А. НУРТДИНОВ, З.Р. ХАФИЗОВА

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Поражение околоносовых пазух при COVID-19

ВВЕДЕНИЕ. Начиная с 2022 года среди пациентов с ДЗ: COVID-19 чаще всего отмечаются осложнения со стороны лор-органов, нежели легких, а именно — синуситы. Согласно исследованиям, количество пациентов с синуситами увеличивается с каждым годом и сохраняет лидерство среди заболеваний верхних дыхательных путей. Следует отметить, что основная часть больных принадлежит к лицам работоспособного возраста от 18 до 55 лет. Таким образом, проблема из медико-социальной превращается в медико-социальную.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить распространенность поражения лор-органов, а именно околоносовых пазух при COVID-19 среди населения Республики Татарстан за 2022-2024 годы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. База проведения исследовательской работы: ГАУЗ «РКИБ им. профессора А.Ф. Агафонова». Количество пациентов: все пациенты с патологией лор-органов с 2022 по 2024 год. Исследуемую группу составили следующие пациенты:

1. Все пациенты, обратившиеся в ГАУЗ «РКИБ».
2. Все пациенты, госпитализированные в ГАУЗ «РКИБ».
3. Больные с COVID-19.
4. Больные с поражениями ОНП при COVID-19.

Проанализировано 30 стационарных карт больных с ДЗ: COVID-19 и поражением ОНП, получавших лечение на базе ГАУЗ «РКИБ им. профессора А.Ф. Агафонова» (17 мужчин в возрасте от 25 до 75 лет и 13 женщин от 27 до 60 лет). Всем пациентам был выполнен стандартный лор-осмотр (фарингоскопия, риноскопия, отоскопия, ларингоскопия), рентгенография и РКТ околоносовых пазух, диагностическая эндоскопия полости носа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наиболее частыми жалобами со стороны лор-органов у пациентов с положительными результатами ПЦР теста на COVID-19 были: гипертермия (81%); выделения из носа (67%); знусавость (93%); гипосмия/аносмия (37,9%); гипогевзия/агевзия (41,37%); головная боль (37,1%); боль в горле (32,7%) и дисфагия (20,6%); несистемные головокружения (31,8%); шум в ушах (11,2%); системные головокружения (6,1%); нарушение слуха (5,2%).

С 2019 по 2021 год у больных с ДЗ: COVID-19 осложнения преимущественно в виде пневмонии. С начала 2022 года отмечается значительный рост поражений лор-органов у пациентов с ДЗ: COVID-19 (острый ларинготрахеит; острый фаринголаринготрахеит; острый назофарингит; поражение ОНП; острый отит). С 2022 года по 2024 год фактически у 50% пациентов с COVID-19 выявляются синуситы (рис. 1), причем максимальное количество пациентов с поражением околоносовых пазух наблюдалось в 2022 году (рис. 2). Больше 80% пациентов имели острый синусит, остальные — обострения хронического синусита. По структуре поражения наиболее часто в воспалительный процесс вовлекались верхнечелюстные пазухи. По характеру воспаления чуть чаще отмечались катаральные процессы, на втором месте по частоте встречаемости — экссудативные синуситы (рис. 3).

Все пациенты получали консервативное лечение основного заболевания и сопутствующих лор-патологий. 5% пациентов (пансинуситы, экссудативные отиты и мастоидиты) для дальнейшего терапевтического или хирургического лечения были переведены в лор-отделения больниц г. Казани.

ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования выявлено, что с каждым годом количество пациентов, зараженных COVID-19, снижается на 46,6% (2023 год) и на 49,5% (2024 год) из всех обратившихся за период с 2022 по 2024 год.

2. Почти две трети больных с COVID-19 и патологией лор-органов имели симптомы воспаления околоносовых пазух (гипосмия/аносмия, головная боль, гипогевзия и т.д.), причем в большей части с признаками острого или обострения хронического заболевания.

3. При подозрении на синусит у пациентов с COVID-19 ключевыми методами являются клиническая оценка + рентгенография и РКТ пазух.

4. При своевременно начатом лечении больных с патологией лор-органов отмечается выздоровление до 95%, и только у 5% отмечаются осложнения в виде пансинуситов, гнойных отитов, мастоидитов (преимущественно у детей — до 94%).

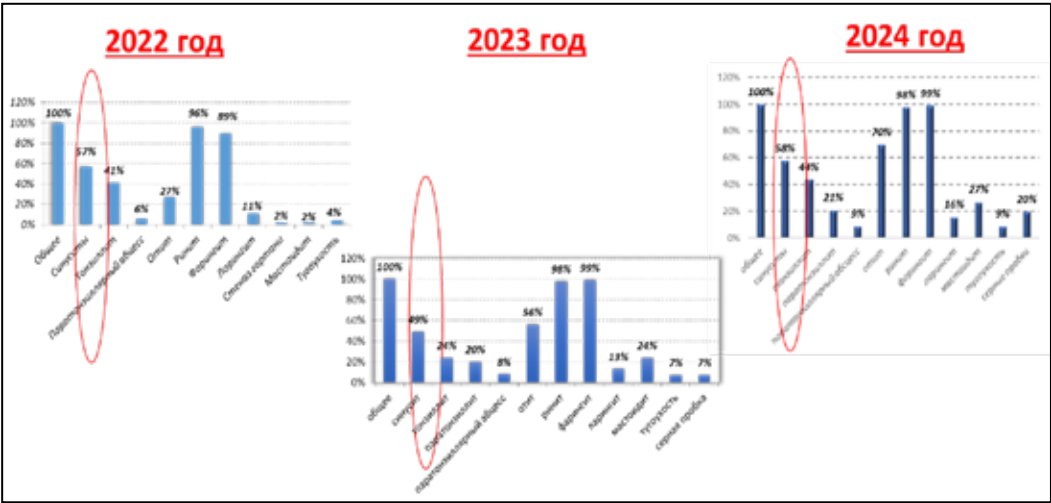


Рисунок 1. Динамика поражений лор-органов при COVID-19 с 2022 по 2024 год

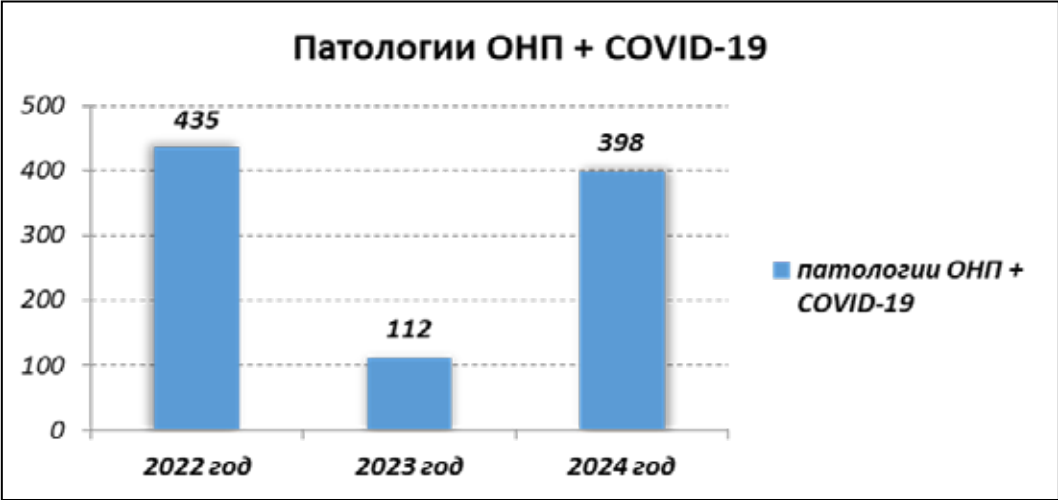


Рисунок 2. Количество пациентов с патологией околоносовых пазух при COVID-19

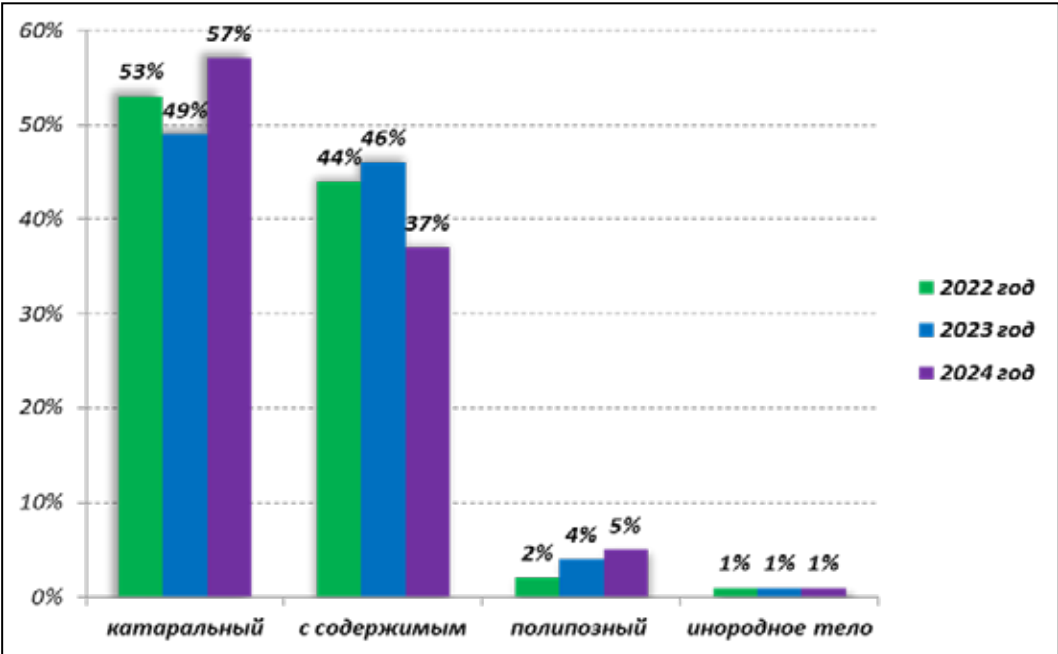


Рисунок 3. Характер поражения околоносовых пазух

УДК 616.28

Т.С. ЛИТОВЕЦ¹, И.И. ЛИТОВЕЦ¹, Т.Р. БАТЫРШИН²

¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Современный взгляд на вопросы диагностики, классификации и лечения пациентов с врожденными аномалиями развития внутреннего уха

ВВЕДЕНИЕ. Врожденная глухота, или нейросенсорная тугоухость тяжелой степени, встречаются в среднем 1 на 1000 новорожденных. В 20-30% случаев причиной врожденной сенсоневральной тугоухости является аномалия развития костного лабиринта внутреннего уха. Чаще всего при встрече с данной группой мальформаций у оториноларинголога возникают определенные затруднения как в диагностике, так и в дальнейшем при выборе метода лечения. Сложности, во-первых, обусловлены тем, что эта группа аномалий выявляется только при помощи РКТ- и МРТ-исследований. Во-вторых, требуется правильная интерпретация результатов томограмм измененной височной кости, глубокое понимание патофизиологической РКТ-анатомии височных костей при различных заболеваниях уха.

На сегодняшний день для оценки анатомии височных костей используется РКТ с реконструкцией, толщина среза которой должна составлять не более 0,6 мм. На томограммах одновременно исследуются обе височные кости. Полученные изображения позволяют оценить все отделы уха: наружный слуховой проход, крышу барабанной полости, антрум, состояние слуховых косточек, структуры внутреннего уха, канал лицевого нерва. Также хорошо визуализируются крупные сосуды. МРТ используется для оценки структуры лабиринта, преддверно-улиткового и лицевого нервов, а также для диагностики холестеатом.

Несмотря на кажущуюся простоту дифференциального диагноза между аномалиями развития внутреннего уха, иногда бывает трудно провести дифференциальную диагностику. Правильно установленный диагноз, в свою очередь, позволит принять верное решение о выборе методики имплантации: кохлеарная

или стволомозговая, а также определиться с моделью имплантируемого электрода и сроками проведения операции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — повысить качество диагностики и лечения пациентов с врожденными аномалиями развития внутреннего уха.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2023 по 2025 год проведен анализ 326 РКТ и МРТ височных костей пациентов с диагностированной сенсоневральной тугоухостью с целью исключения врожденных аномалий развития внутреннего уха. Для дифференциации патологий мы использовали современную классификацию L. Sennaroglu и M. Baji от 2017 года. Выявлены все возможные варианты аномалий развития внутреннего уха, многие из которых сочетались между собой. В некоторых случаях только использование сочетанных современных методов диагностики позволило установить четкий клинический диагноз, что принципиально важно для выбора последующего метода лечения.

ВЫВОДЫ. Существует множество разновидностей аномалий развития внутреннего уха, многие из которых могут разнообразно сочетаться. Очевидно, что каждая группа мальформаций развития внутреннего уха имеет особенности с точки зрения как клинических проявлений, так и рентгенологических особенностей, и, как следствие, выбора тактики лечения. Своевременность и корректность диагностики аномалий развития внутреннего уха, несомненно, повлияют на результат дальнейшего лечения и повысят в дальнейшем качество жизни пациента.

УДК 616-002.3

Р.Н. МАМЛЕЕВ, А.В. СИНЧУГОВ

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Этиопатогенетические особенности и современные методы диагностики паратонзиллярных абсцессов

ВВЕДЕНИЕ. Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) — заболевание, характеризующееся гнойным расплавлением околоминдаликовой клетчатки, располагающейся между капсулой небной миндалины и глоточной фасцией, покрывающей мышечные констрикторы глотки. Частота возникновения ПТА составляет от 10 до 45 случаев на 100 000 человек. Есть две группы факторов, способствующих развитию ПТА. Первая группа связана с состоянием иммунной системы. Вторая группа факторов связана с инфекциями верхних дыхательных путей. Острые респираторные вирусные инфекции могут стать катализатором для присоединения бактериальной флоры.

ПТА рассматривается как последняя стадия процесса, который начинается с острого экссудативного тонзиллита, переходящего в паратонзиллит, флегмону и в конечном итоге в абсцесс. Традиционная теория возникновения ПТА заключается в том, что инфекция развивается в большой крипте небной миндалины, происходит нарушение целостности ее стенки с последующим отграничением процесса, а затем воспалительный процесс распространяется за пределы капсулы миндалины. Согласно новой теории, в образовании ПТА участвуют малые слюнные железы Вебера [1], расположенные, как считалось ранее, не только в пространстве над миндалинами, но и поверхностно в слизистой оболочке между эпителием и лимфоидной тканью миндалин, а также между мышцами миндаликовой ниши [2]. Если железы Вебера воспаляются, может развиваться местный целлюлит с последующим абсцедированием.

ПТА представляют собой полимикробную смесь аэробных и анаэробных бактерий. Наиболее распространенными аэробными бактериями являются мутуалы *Streptococcus viridans* и типичные патогены *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus* в разном соотношении, в зависимости от исследования. *Streptococcus pyogenes* в настоящее время считается

основным возбудителем ПТА не только по частоте встречаемости, но и по значимости метатонзиллярных осложнений, он обнаруживается только примерно в 20-30% случаев [3, 4]. В последние годы значительно вырос интерес к облигатным анаэробным возбудителям: *Fusobacterium necrophorum* (FN) и *Prevotella species* — в развитии ПТА [5].

Клинические проявления ПТА у взрослых и детей имеют отличия и требуют обширных знаний и детального исследования. Диагностика начинается со сбора анамнеза, физикальное обследование, общий клинический анализ крови, С-реактивный белок, бактериологический анализ гноя из миндалин или окружающих тканей помогают в поиске возбудителя. В последнее время уделяется внимание внедрению метода ПЦР-диагностики возбудителей.

Используются современные методы визуализации, такие как ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Они приобретают все большую популярность в диагностике ПТА.

При лечении ПТА применяется консервативная, как монотерапия, или в комплексе с хирургическим дренированием, в зависимости от объема воспалительного процесса. Существует три общепринятых метода хирургического вмешательства при ПТА: аспирация иглой, разрез и дренаж и острая тонзиллэктомия.

ВЫВОДЫ. Важно отметить, что это заболевание представляет научный и практический интерес в плане дальнейшего исследования этиопатогенеза, внедрения современных молекулярно-генетических методов диагностики возбудителей, КТ и МРТ методов визуализации абсцесса. Все это позволит значительно повысить точность выявления ПТА, уточнить этиологию, что приводит к более раннему началу лечения и, соответственно, снижению риска осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess // Laryngoscope. — 1994. — Vol. 2 (104). — P. 185-190.
2. Кум А.С., Бойко Н.В., Стагниева И.В., Панченко С.Н. Малые слюнные железы в паратонзиллярном пространстве у детей // Вестник оториноларингологии. — 2021. — Vol. 1 (86). — С. 41-45.
3. Wikstén J.E., Laakso S., Mäki M., Mäkitie A.A., Pitkäranta A., Blomgren K. Microarray identification of bacterial species in peritonsillar

abscesses // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. — 2015. — Vol. 5 (34). — P. 905-911.

4. Plum AW, Mortelliti AJ, Walsh RE. Microbial Flora and Antibiotic Resistance in Peritonsillar Abscesses in Upstate New York // Ann Otol Rhinol Laryngol. — 2015. — Vol. 11 (124). — P. 875-880.

5. Galio N/J. Peritonsillar Abscess // Am Fam Physician. — 2017. — Vol. 8 (95). — P. 501-506.

УДК 616.28

А.А. НЕДОСУГОВ

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Особенности личности пациентов и подходы к профилактике пациентов с синдромом пустого носа

ВВЕДЕНИЕ. Синдром пустого носа (СПН) — тяжело поддающееся лечению состояние, которое характеризуется субъективным ощущением нарушения носового дыхания при объективно широких носовых ходах, образованием корок, сухостью слизистой и, как следствие, снижением качества жизни. СПН, как правило, рассматривается как ятрогенное осложнение ринохирургических вмешательств [1]. Главенствующая «послеоперационная» теория связывает развитие СПН с нарушением аэродинамики и повреждением чувствительной иннервации. Однако данный подход не объясняет, почему СПН возникает лишь у незначительной части пациентов после однотипных операций. Психогенная гипотеза предполагает, что первичное ощущение заложенности носа может иметь психологическую природу, что обуславливает неэффективность хирургического лечения [2]. В данной работе мы продемонстрируем эту гипотезу на клиническом примере.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — показать влияние психологического статуса на развитие СПН и сформулировать способы профилактики данного состояния.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

1. Клиническая оценка:
 - Анамнез, специализированные опросники ENS6Q и SNOT-25.
2. Физикальный осмотр:
 - передняя риноскопия;
 - мезофарингоскопия;
 - стробоскопия;
 - отоскопия.
3. Эндоскопия полости носа и носоглотки.
4. Компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух.
5. Консультация психиатра.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Shah K. Empty nose syndrome and atrophic rhinitis / K. Shah, J. Gunderas, G. Krishnaswamy // *Annals of Allergy Asthma and Immunology*. — 2016. — Vol. 3 (117). — P. 217-220.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Представлен клинический случай 45-летнего мужчины европеоидной расы, предъявлявшего жалобы на жжение в носу и ощущение открытости носовых ходов. Анамнез включал серию ринохирургических вмешательств (септопластика, микрогайморотомия, радиоволновая и подслизистая вазотомии с резекцией задних концов нижних носовых раковин) с 2009 по 2017 год. В 2017 году был установлен диагноз СПН. Попытки хирургической коррекции не привели к стойкому улучшению. Сопутствующие заболевания: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без положительной динамики на фоне лечения.

При обследовании на базе ГКБ № 18 города Казани выявлено выраженное снижение качества жизни по шкале SNOT-25 (70 баллов), а также умеренные симптомы СПН по шкале ENS6Q (18 баллов). Данные фиброскопии носа: субатрофия слизистой и укорочение нижних носовых раковин. При прямой ларингоскопии отмечены гиперемия и отек гортани. РКТ показал латерализацию нижних носовых раковин и широкие носовые ходы. Проведена консультация психиатра: «сверхценный ипохондрический синдром».

ВЫВОДЫ. Синдром пустого носа представляет значительные трудности в лечении и оказывает существенное негативное влияние на качество жизни пациентов. Своевременное выявление пациентов группы риска имеет первостепенное значение. Наличие жалоб на нарушение носового дыхания и неэффективность предшествующих ринохирургических вмешательств должны настораживать в отношении возможных тревожно-депрессивных расстройств. Дальнейшее хирургическое лечение следует рассматривать только после исключения тревожно-депрессивной патологии с помощью соответствующих опросников и консультации психиатра/психотерапевта. В случае выявления таковой вопрос об оперативном лечении следует отложить до стабилизации психического состояния.

2. Png L.H. Empty Nose Syndrome: The Case for «Functional Nasal Obstruction» as a Predisposing Risk Prior to Nasal Surgery. / L.H. Png, L. Kalish, R. Sacks // *Current Otorhinolaryngology Reports*. — 2023. — Vol. 4 (11). — P. 422-429.

УДК 616.5-006.31

Ю.Ю. ОРЛОВА, И.В. МИХАЙЛОВА

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Болезнь Рендю — Ослера — Вебера

ВВЕДЕНИЕ. Одной из актуальных проблем современной медицины являются диагностика и лечение геморрагических заболеваний и синдромов. Геморрагические заболевания могут быть обусловлены как патологией гемостаза, так и патологией сосудистой стенки. К последним относится болезнь Рендю — Ослера — Вебера [1].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — анализ клиники, диагностики, лечения болезни Рендю — Ослера — Вебера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Литературно-аналитический, обобщающий.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Болезнь Рендю — Ослера — Вебера, наследственная геморрагическая телеангиэктазия, геморрагический ангиоматоз — редкое аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся множественными телеангиэктазиями кожи и слизистых оболочек, геморрагическим синдромом различной локализации. Распространенность болезни Рендю — Ослера — Вебера — 1 случай на 50 000-100 000 населения [2].

В 1896 году французский терапевт Анри Рендю описал клинический случай рецидивирующих носовых кровотечений, телеангиэктазий [3]. Канадский врач Вильям Ослер в 1901 году подробно описал синдром наследственных геморрагических телеангиэктазий, выделив три их вида: ранние (сосудистые пятнышки), промежуточные («паучки»), поздние, или узловатые [4]. Немецкий врач Фредерик Вебер в 1904 году сравнивал этиологию данного заболевания с геморроем и варикозным расширением вен, чем внес существенный вклад в изучение этой патологии [5].

Механизм реализации генетических дефектов при этой болезни окончательно не выяснен. Преобладает мнение о врожденной недостаточности мезенхимы, при которой сосудистая стенка лишена мышечных и эластических волокон, состоит только из эндотелия. Это приводит к телеангиэктазии — локальной дила-

тации посткапиллярных венул, растяжению стенки артериол с формированием артериально-венулярных анастомозов. Кровотечения при болезни Рендю — Ослера — Вебера обусловлены хрупкостью мелких кровеносных сосудов, иногда с активацией фибринолиза [7].

Клинические проявления болезни Рендю — Ослера — Вебера в виде кровотечений различной локализации могут определяться уже в раннем детском возрасте и сохраняться на протяжении всей жизни: носовые кровотечения — 90%; кожные телеангиэктазии — 75%; реже — артериовенозные мальформации и кровотечения в дыхательном, пищеварительном, мочеполовом тракте, ЦНС. Кожные проявления данной болезни становятся видны значительно позже, обычно в возрасте 30-40 лет [6, 7]. Профузные кровотечения при этой патологии являются опасными для жизни [2].

Диагностируется болезнь Рендю — Ослера — Вебера на основании выявления телеангиэктазий на коже и слизистых оболочках, семейный характер заболевания, отсутствие патологии системы гемостаза [1, 6]. Телеангиэктазии при локальных формах заболевания являются ангиографией [1].

Для купирования носовых кровотечений используется аппликация кровоточащего участка смесью фибрина с коллагеном, передняя баллонная тампонада носа, отслойка слизистой оболочки носа, лазерная или криодеструкция кровоточащего участка, перевязка приводящих (верхнечелюстной или наружной сонной) артерий [2]. При частых и обильных кровотечениях проводится иссечение слизистой оболочки с телеангиэктазиями [2, 7]. Традиционная консервативная гемостатическая терапия при болезни Рендю — Ослера — Вебера неэффективна. При развитии постгеморрагической анемии показано симптоматическое лечение [7].

ВЫВОДЫ. Рецидивирующее носовое кровотечение может быть симптомом патологии сосудистой стенки — болезни Рендю — Ослера — Вебера, что необходимо учитывать при диагностике и лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гоборов Н.Д., Ткачева С.И. Случай диагностики локальной формы болезни Рендю — Ослера // Амурский медицинский журнал. — 2019. — № 1 (25). — С. 77-81.
2. Рябухин В.Е., Белозеров Г.Е., Климов А.Б., Крылов В.В. Профузные рецидивирующие носовые кровотечения. Ангиографическая диагностика и эндоваскулярное лечение // Нейрохирургия. — 2007. — № 2. — С. 18-23.
3. Rendu M. Epistaxis repetes chez unsujetporteur de hetitsangio-mescutanes et muqueux // Lancettefrancaise: gazette des hopitaux civils et militaires. Paris. — 1896. — Vol. 69. — P. 1322-1323.
4. Osler W.B. On a family form of recurring epistaxis, associated with multiple telangiectases of the skin and mucosumembranes // The Johns Hopkins Hoshital Bulletin. — 1901. — Vol. 12. — P. 333-337.

5. Weber F.P. A note on cutaneous telangiectases and their etiology. Comparison with the etiology of haemorrhoids and ordinary varicose vens // Edinburgh. Med. J. — 1904. — Vol. 15. — P. 345-349.
6. Braverman I.M., Keh A.A., Jacobson B.S. Ultrastructure and three-dimensional organization of the teleangiectases of hereditary hemorrhagic teleangiectasia // Journal of Investigative Dermatology. — 1990. — Vol. 4 (95). — P. 422-427.
7. Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С., Целуйко С.С., Заболотских Т.В. Геморрагический синдром в клинической практике. — Благовещенск: ПК Огеон. — 2014. — 254 с.

УДК 616.21

Е.М. ПОКРОВСКАЯ^{1,2}, К.Т. ЕГОРОВА¹, Д.Р. АХМЕТЗЯНОВА², Р.А. ЕГОРОВ³

¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

³Медицинский центр «КОРЛ», г. Казань

Дисфагия с позиции врача-оториноларинголога

ВВЕДЕНИЕ. Термин «дисфагия», то есть ощущение препятствия для нормального прохождения проглоченного материала, используется в практике различных специалистов, включая гастроэнтерологов, неврологов и оториноларингологов [1]. Физиологический акт глотания подразделяется на три фазы. Нарушение акта глотания в оральную и фарингеальную фазу может быть связано с наличием патологии со стороны лор-органов. Одной из причин является наличие новообразований в области рото- и гортаноглотки, а также гипертрофия язычной миндалины.

Эктопия щитовидной железы — это редкое врожденное состояние, при котором ткань щитовидной железы располагается вне ее нормального анатомического положения. Во время развития щитовидная железа первоначально формируется в основании первичной глотки у основания языка. Эктопия щитовидной железы возникает в результате нарушения миграции щитовидной железы из области основания языка вниз к передней поверхности шеи. Поэтому наиболее частая форма локализации эктопированной щитовидной железы на корне языка. Реже — в подъязычной области, срединной линии шеи, верхнем средостении. Описаны также случаи множественной эктопии [2]. Самыми частыми проявлениями, наблюдаемыми при лингвальной эктопии щитовидной железы, являются кашель, боль, дисфагия, дисфония, одышка и кровоизлияние.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — продемонстрировать клинический случай пациентки с эктопией щитовидной железы и определить тактику врача-оториноларинголога.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациентка Р., 17 лет. Обратилась к врачу-оториноларингологу с жалобой на дисфагию. Анамнез заболевания: больной себя считает с детства. Пациентке проведен стандартный лор-осмотр. Нос, уши — без особенностей. Фарингоскопия: в области корня языка — новообразование округлой формы (рис. 1). Пациентке было проведен эндоскопический осмотр гортаноглотки 70 гр. жестким эндоскопом, с помощью которого обнаружено новообразование корня языка (рис. 2).

Пациентке было назначено дополнительное обследование: УЗИ щитовидной железы, МРТ головного мозга и органов шеи, ангиография сосудов головы и шеи.

УЗИ щитовидной железы: правая и левая доли — структура неоднородная с участками гиперэхогенной структуры. Размеры 1,7×0,8×0,7 мм. Перешеек не визуализируется. Заключение — гипоплазия щитовидной железы. Размеры долей железы в норме: длина — 2,5-6 см; ширина — 1,0-1,8 см; толщина — 1,5-2,0 см. Толщина перешейка: от 4 до 8 мм. МРТ головного мозга: образование корня языка. Ангиография сосудов головы и шеи: патологических изменений артерий головы и шеи не выявлено.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После полученных результатов дополнительных исследований была рекомендована консультация эндокринолога. Заключение эндокринолога: Эктопия щитовидной железы. АИТ. Пациентке была назначена консервативная терапия эндокринологом. Рекомендовано: L-Тироксин, селен-актив, наблюдение у эндокринолога. Также пациентке была проведено оперативное вмешательство по удалению эктопированной ткани щитовидной железы на корне языка.

ВЫВОДЫ. Данный клинический случай демонстрирует, что пациенты с дисфагией часто обращаются не к профильному специалисту, поэтому симптом «дисфагия» требует грамотной дифференциальной диагностики для выявления причины, вызвавшей данный симптом у пациента. Дисфагия является важным междисциплинарным синдромом, значительно влияющим на качество жизни пациентов, особенно при патологии органов головы и шеи. При этом ротоглоточная дисфагия, обусловленная лор-заболеваниями, остается нередко недооцененной проблемой в клинической практике. Повышение настороженности в отношении дисфагии у пациентов с лор-патологией, своевременная диагностика и грамотная коррекция нарушений глотания позволяют существенно улучшить прогноз, предотвратить осложнения и повысить качество жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Shah K. Empty nose syndrome and atrophic rhinitis / K. Shah, J. Guarderas, G. Krishnaswamy // *Annals of Allergy Asthma and Immunology*. — 2016. — Vol. 3 (117). — P. 217-220.

2. Png L.H. Empty Nose Syndrome: The Case for «Functional Nasal Obstruction» as a Predisposing Risk Prior to Nasal Surgery. / L.H. Png, L. Kalish, R. Sacks // *Current Otorhinolaryngology Reports*. — 2023. — Vol. 4 (11). — P. 422-429.



Рисунок 1. Наличие новообразования корня языка при фарингоскопии



Рисунок 2. Эндоскопия гортаноглотки — округлое образование в области корня языка

УДК 616.216.1-002

Е.М. ПОКРОВСКАЯ^{1,2}, В.Н. КРАСНОЖЕН^{1,2}, С.А. ПОЛИЩУК²

¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Различия частоты биения ресничек у единичных клеток и клеток в клеточных пластах у пациентов с хроническим синуситом

ВВЕДЕНИЕ. Мукоцилиарный клиренс является важнейшим неспецифическим механизмом, осуществляющим защитные функции в околоносовых пазухах. Одним из способов его измерения является подсчет частоты биения ресничек эпителиоцитов в образцах слизистой оболочки. Процесс получения материала и измерения частоты биения ресничек является сложным и многоэтапным, и на каждом этапе существует ряд факторов, которые могут оказать влияние на конечный результат. При взятии биоматериала и дальнейшем наблюдении клеток под микроскопом можно увидеть как одиночные клетки, так и клеточные пласты с сохранной структурой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценить, насколько значимым является сохранение тканевой структуры при измерении ЧБР в образцах слизистой оболочки, по результатам сравнения частоты биения ресничек у единичных клеток и в клеточных пластах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 30 пациентов, проходящих хирургическое лечение в клинике «Здоровье семьи» по поводу хронического риносинусита без полипов (CRSsNP). У всех пациентов с хроническим гиперпластическим верхнечелюстным синуситом производился забор образца слизистой из пазухи в области ее естественного соустья во время выполнения эндоскопической инфундибулотомии.

Отобранный биоматериал помещали в стерильную пробирку Эппендорфа, содержащую 0,3 мл 0,9%-го раствора NaCl, предварительно нагретого до 37°C. Далее раствор немедленно помещался на предметное стекло в поле зрения микроскопа. Затем производились поиск и съемка на высокоскоростную видеокамеру единичных клеток с сохранным биением ресничек и участков эпителия с сохранной тканевой структурой и биением ресничек. Подсчет частоты биения ресничек производился с использованием программного обеспечения CiliarMove. Сбор и последующий анализ данных проводился с использованием языка программирования R.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя частота биения ресничек единичных клеток составила $8,91 \pm 2,64$ (медиана 8,59; межквартильный размах 2,73) Гц. Средняя частота биения ресничек в пластах клеток составила $10,2 \pm 0,909$ (медиана 10,2; межквартильный размах 1,56) Гц. При сравнении групп было обнаружено, что частота биения ресничек в пластах клеток значительно выше, чем у одиночных (U-критерий Манна-Уитни, статистика критерия 38,5; $p=0,019$; размер эффекта d Козна -0,646).

ВЫВОДЫ. Данные оценки частоты биения ресничек указывают, что нарушение тканевой структуры может быть причиной снижения частоты биения ресничек эпителиоцитов.

УДК 616.212

Е.М. ПОКРОВСКАЯ^{1,2}, В.Н. КРАСНОЖЕН^{1,2}, В.В. ФЕДОРОВА¹, А.М. РОГОВ¹¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань²Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Ультроструктурные особенности слизистой оболочки соустья клиновидной пазухи

ВВЕДЕНИЕ. Хронический риносинусит представляет собой одно из наиболее распространенных хронических заболеваний околоносовых пазух, влияющих на качество жизни человека. Патогенез хронического риносинусита включает в себя сложный и многофакторный процесс, одним из ключевых звеньев которого является мукоцилиарная система. Существует множество консервативных и хирургических методов лечения хронического риносинусита. К сожалению, на сегодняшний день, по данным литературы, влияние оперативного вмешательства в области естественного соустья клиновидной пазухи (КП) на функцию мукоцилиарного клиренса изучено недостаточно.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить ультроструктурные особенности ресничек мерцательного эпителия соустья клиновидной пазухи методом электронной микроскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлен собственный опыт исследования ультроструктурных особенностей мерцательного эпителия слизистой оболочки клиновидной пазухи десяти пациентов (5 мужчин, 5 женщин). Все пациентам была выполнена сфеноидотомия по поводу кист клиновидной пазухи. Образцы слизистой оболочки были взяты в процессе расширения соустья клиновидной пазухи с четырех

стенок (верхняя, медиальная, нижняя и латеральная стенки). Собранный биоматериал был исследован методом электронной микроскопии с помощью универсального аналитического комплекса сканирующей автоэмиссионной электронной микроскопии (Merlin, Германия), проведена обработка по плотности волокон. Произведено сравнение полученных данных. Обработка полученных данных производилась в программе ImageJ. Для анализа взяты изображения с увеличением 5кх.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во всех образцах визуализировались реснички мерцательного эпителия. Плотность заполнения ресничками мерцательного эпителия в изучаемом материале на латеральной стенке составила 86,47%; на медиальной — 80,13%; на верхней — 88,99%; на нижней — 84,96%.

ВЫВОДЫ. Исходя из полученных данных, было определено следующее: наиболее высокая плотность ресничек на апикальной поверхности эпителия обнаруживается в верхнем отделе соустья клиновидной пазухи. По сравнению со всеми остальными отделами естественного соустья клиновидной пазухи статистически значимо наименьшая плотность ресничек выявлена в медиальном отделе естественного соустья клиновидной пазухи.

УДК 616.22

И.В. СОЛОВЬЕВА, Д.А. ШАКУРОВА

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Факторы развития функциональных дисфоний гортани и принципы их лечения

ВВЕДЕНИЕ. Функциональная дисфония представляет собой группу расстройств голосообразующего аппарата гортани, возникающих из-за ограничения его функциональных возможностей, без наличия первичных морфологических изменений. Распространенность данного заболевания достигает 40% от всех расстройств голосовой функции. Дисфония чаще развивается у пациентов старше 65 лет и детей, по половому критерию — чаще у лиц мужского пола, по профессиональному критерию — чаще у лиц голосоречевых профессий.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — выявить наиболее распространенные факторы развития функциональных дисфоний и наиболее результативные принципы лечения разных видов функциональных дисфоний.

Задачи — выявить случаи функциональных дисфоний у пациентов на базе лор-отделения ГАУЗ «ЦГКБ № 18» г. Казани. Установить связь возникновения функциональных дисфоний с заболеваниями других органов и систем. Сформулировать наиболее результативные методы комплексного лечения разных видов функциональных дисфоний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Было проведено изучение научных статей и литературы, анализ полученной информации, стробоскопия гортани аппаратом XION medical Endoscopy video recorder MATRIX DS5, сопоставление теоретических данных с клинической картиной пациентов, страдающих функциональными дисфониями, опрос пациентов, обобщение полученных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего выявлено случаев функциональных дисфоний у пациентов на базе лор-отделения ГАУЗ «ЦГКБ № 18» г. Казани: гипотонусная ФД — 13 (72,2%); гипертонусная ФД — 3 (16,6%); гипо-гипертонусная ФД — 2 (11,1%).

ФД по гипотонусному типу обусловлена недостаточной активностью голосообразующих мышц гортани, чаще встречается у лиц женского пола. Наиболее частыми причинами гиподисфонической

дисфонии являются анемия, нарушения эндокринной системы (гипотиреоз), неврологические заболевания, психогенные факторы, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

ФД по гипертонусному типу обусловлена повышенным тонусом мышц гортани и проявляется плотным смыканием голосовых складок во время фонации, чаще встречается у лиц мужского пола и чаще является следствием перенапряжения голоса, заболеваний желудочно-кишечного тракта, остеохондроза шейного отдела позвоночника, неврологических заболеваний, заболеваний легких.

ФД по гипо-гипертонусному типу развивается чаще всего в двух ситуациях: при запущенных или неолеченных случаях гипотонусной ФД или как компенсаторная реакция одной голосовой складки на органическое заболевание второй голосовой складки. Гипо-гиперкинетическая дисфония обусловлена снижением тонуса голосовых складок и компенсаторным повышением активности вестибулярных складок.

Лечение функциональных дисфоний должно быть комплексным. В первую очередь необходимо устранить первопричину заболевания, консультируясь с врачами других специальностей. В лечении гипотонусной ФД прежде всего используют: соблюдение голосового покоя, растительные адаптогены, физиотерапевтические процедуры. При лечении гипертонусной ФД предпочтение следует отдать излорефлексотерапии, мануальной терапии, спазмолитическим и седативным препаратам, миорелаксантам, физиотерапевтическим процедурам. При решении вопроса лечения гипо-гипертонусной ФД следует рассмотреть комплекс устранения первопричины заболевания. При всех видах функциональных дисфоний необходимо назначать фонетические занятия.

ВЫВОДЫ. В заключение следует подчеркнуть, что функциональные дисфонии имеют разнообразные факторы развития и являются обратимыми состояниями. Правильно подобранный комплексный подход к лечению в большинстве случаев приводит к полному выздоровлению пациентов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболевания гортани у лиц голосоречевых профессий: учебное пособие / Ю.Е. Степанова, С.А. Артюшкин, Т.В. Готовыхина. — СПб: Полиформ, 2018. — С. 34-43.

2. Николаева С.В., Туровский А.Б., Хлыповка Ю.Н. Дисфония — современное состояние проблемы и методы лечения // РМЖ. Медицинское обозрение. — 2021. — № 5 (11). — С. 749-754.

УДК 616.216.1-002

А.Р. ХАНАФИЕВА, Е.В. ПОНОМАРЕВА

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Ретроспективное исследование орбитальных осложнений риносинуситов у детей за период 2023-2024 годов по данным ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» г. Казани

ВВЕДЕНИЕ. Риногенные орбитальные осложнения (РОО) являются серьезными осложнениями синуситов, особенно в педиатрической практике. Высокая частота РОО у детей обусловлена анатомическими особенностями и требует своевременной диагностики и комплексного лечения, включающего хирургическое вмешательство и антибактериальную терапию. РОО могут проявляться в виде различных по степени тяжести состояний: реактивный отек век и клетчатки глазницы, орбитальный остеоперистит, абсцесс века, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты, ретробульбарный абсцесс, тромбоз внутренней глазничной вены и кавернозного синуса [1, 2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — оценить частоту и особенности РОО при острых синуситах у детей, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ г. Казани в 2023-2024 годах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 585 историй болезней детей с острыми синуситами, получавших лечение в отделении оториноларингологии ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» в период с 2023 по 2024 год. Орбитальные осложнения были выявлены у 37 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За указанный период в лор-отделении было пролечено 585 детей с острыми синуситами, из

которых у 37 пациентов (6,3%) развились РОО. В исследуемой группе возраст пациентов составил в основном от 1 года до 14 лет, но подавляющее число детей: 13 из 37 (дети дошкольного возраста) — 35,1%. По половому признаку РОО преобладали у мальчиков — 72,9%; девочки составили 27,1%. Всем пациентам была выполнена рентгеновская компьютерная томография с контрастным усилением. Наиболее распространенными РОО были: реактивный отек век (37,8%) и субпериостальный абсцесс (54%), в основном по медиальному и верхнему краю орбиты.

Все пациенты, помимо этиопатогенетической терапии, получили хирургическое лечение: 14 пациентам с реактивным отеком проведена в основном пункция верхнечелюстной пазухи, а 23 пациентам выполнена эндоскопическая гайморотомия, этмоидотомия, орбитотомия, а пациентам с фронтитом — эндоскопическая фронтотомия. Антибиотикотерапию на госпитальном этапе получали 25 из 37 пациентов (67,5%). Условно-патогенная флора была высеяна у 8 пациентов (21,6%); у 29 пациентов возбудитель не обнаружен (78,4%).

ВЫВОДЫ. Результаты исследования подтверждают актуальность проблемы РОО в педиатрической оториноларингологии. Своевременная диагностика и междисциплинарный подход к лечению острых синуситов способствуют снижению риска развития РОО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оториноларингология: учебник / В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, М.М. Магомедов. — 4-е изд. перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 592 с.

2. Детская оториноларингология: учебник / М.Р. Богомилский, В.Р. Чистякова. — 3-е изд. перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 624 с.

УДК 616.22

Д.А. ШАКУРОВА, Э.Х. АЛИМЕТОВ

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Морфофункциональные закономерности строения мышц гортани и их соответствие принципу золотого сечения

ВВЕДЕНИЕ. Принцип золотого сечения, универсальный для природных систем (растительных, животных и анатомических структур), представляет особый интерес при изучении гортани — органа со сложной анатомической организацией. Гортань динамически взаимодействует с подъязычной костью, смещаясь относительно нее, а ее мышцы обеспечивают трехмерное движение в горизонтальной, фронтальной и сагиттальной плоскостях, регулируя положение головных складок [1-3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — изучить анатомо-физиологические характеристики поверхностных мышц гортани и их морфометрическое соответствие принципу золотого сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено ультразвуковое исследование грудино-подъязычной, лопаточно-подъязычной и двубрюшной мышц, а также анализ морфометрических характеристик на кадаверном материале, поверхностная электромиография исследуемых мышц для оценки их функциональной активности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Двубрюшная мышца (от нижней челюсти до малого рога подъязычной кости и височной вырезки) и лопаточно-подъязычная мышца (от подъязычной кости до

лопатки) демонстрируют пропорциональное соотношение брюшек, соответствующее золотому сечению (1:1,618).

2. Грудино-щитовидная и щитоподъязычная мышцы, прикрепленные к косой линии щитовидного хряща, функционально взаимосвязаны. Их морфометрические параметры также подчиняются закону золотого сечения, что обосновывает предложение об их объединении под термином «внутренняя грудино-подъязычная мышца» (в отличие от наружной, опускающей подъязычную кость).

3. Электромиография выявила асимметрию мышечного тонуса при односторонней болевой импульсации, что подтверждает влияние позвоночно-двигательной иннервации на функциональное состояние мышц.

ВЫВОДЫ. Соответствие анатомических параметров мышц гортани принципу золотого сечения подчеркивает их эволюционную оптимизацию. Нарушение иннервации (на уровне позвоночных сегментов) провоцирует дисбаланс мышечного тонуса, что негативно влияет на биомеханику гортани и смежных структур шеи. Полученные данные открывают перспективы для клинической диагностики патологий голосообразования и двигательных дисфункций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гармония и дисгармония в медицине: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. — Санкт-Петербург: [б. и.], 2002. — 71 с.
2. Код Фибоначчи и «золотое сечение» в патофизиологии и экспериментальной магнитофизиологии / Н.М. Исаева, Т.И. Субботина, А.А. Ходорцев, А.А. Яшин. — Москва: Триога, 2007. — 136 с. — (Экспериментальная электромагнитофизиология; Выпуск 4).

3. Сальманов Э.И. Практическое применение пропорций золотого сечения в эстетической медицине / Э.И. Сальманов // X Международный молодежный научный медицинский форум «Белые цветы», посвященный 150-летию С.С. Зимницкого: Сборник тезисов. Казань, 12-14 апреля 2023 года. — Казань: Казанский государственный медицинский университет, 2023. — С. 241-242.

УДК 616.22-008.5

Д.А. ШАКУРОВА, Х.А. АЛИМЕТОВ

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Дисфония неясного генеза: роль патологии шейного отдела позвоночника и эффективность междисциплинарного подхода

ВВЕДЕНИЕ. Долгое время симптомокомплекс, объединяющий дисфонию, ощущение кома в горле, стеснение в грудной клетке, одышку, тревожность и голосовые расстройства, традиционно ассоциировался с невротическими расстройствами [1]. Отсутствие явных воспалительных изменений нередко приводит к ошибочной диагностике: пациенты получают терапию по поводу «функциональной дисфонии» или «хронического фарингита», однако лечение остается малоэффективным [2]. При патологии шейного отдела позвоночника (ШОП) болевые импульсы из поврежденных сегментов провоцируют миофиксацию — локальное или генерализованное напряжение мышц, интенсивность которого коррелирует с выраженностью структурных изменений. Это способствует смещению анатомических структур шеи, нарушая их топографию и приводя к дисфонии [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — выявить причинно-следственную связь между патологией ШОП и развитием дисфонии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 97 пациентов (63 мужчины, 34 женщины; возраст 25-75 лет) с дисфонией различной этиологии. Основную группу (n=45: 23 мужчины, 22 женщины) составили пациенты с дисфонией на фоне вертеброгенной патологии. Группы сравнения:

- 20 пациентов с дисфонией, ассоциированной с ГЭРБ;
- 20 пациентов с певческими узелками;
- 12 пациентов с функциональной дисфонией по гипотонусному типу.

Диагностический алгоритм включал:

1. Детальный анализ анамнеза.
2. Пальпаторную оценку мягких тканей и органов шеи.
3. Видеоэндоларингостробоскопию.
4. КТ-исследование гортани с оценкой:
 - длины голосовых складок (вентральный, срединный, дорсальный отделы);
 - угла отклонения складок от срединной линии голосовой щели;
 - симметричности черпаловидных хрящей;

- воздушности гортанных желудочков;
- состояния позвонков и паравертебральных структур.

5. Поверхностную электромиографию (ЭМГ) мышц гортани.

6. Консультацию невролога.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После анализа анамнеза и оценки оториноларингологического / неврологического статуса всем пациентам проведена пальпация шеи. У 100% лиц основной группы выявлены:

- гипертонус и пастозность шейных мышц;
- локальная болезненность, коррелирующая со стороной смещения позвоночно-двигательного сегмента.

Распределение пациентов по полу представлено в табл. 1. Результаты КТ структур гортани — в табл. 2.

Состояние поверхностных мышц гортани, их тонус и сократительная способность подтверждались посредством проведения поверхностной электромиографии (ЭМГ) двубрюшной мышцы в сравнении с круговой мышцей глаза справа и слева до включения в схему лечения мануального воздействия на ШОП и после (табл. 3).

Нормализация ЭМГ-параметров наблюдалась у 100% пролеченных пациентов.

Изучение причинно-следственной связи дисфонии с патологией шейного отдела позвоночника (ШОП) помогает объяснить не только нарушения голоса, но и анатомические особенности органов шеи.

ВЫВОДЫ

1. Патология ШОП — основная причина (46,4%) дисфонии неясного происхождения в исследовании.

2. При патологии ШОП выявлены значимые изменения ($p < 0,001$):

- асимметрия длины голосовых складок (у мужчин на 3,9 мм больше, чем у женщин);
- отклонение складок от срединной линии ($2,8 \pm 0,4^\circ$);
- дистопия черпаловидных хрящей (в 100% случаев);
- увеличение латентности М-ответа (+64% к норме).

3. Мануальная терапия показала 100%-ную эффективность (нормализация ЭМГ) у пациентов без противопоказаний к неврологическим воздействиям на ШОП.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу

Группа	Мужчины (%)	Женщины (%)	Статистика
Общее количество осмотренных пациентов	64,9%	35,1%	$\chi^2=8,67$ $p<0,01$
Основная группа (дисфония на фоне патологии ШОП)	51,1%	48,9%	NS (не значимо)

Таблица 2. Морфометрические параметры гортани (основная группа)

Параметр	Мужчины	Женщины	Статистика
Длина голосовых складок (мм)	19,2±1,1	15,3±0,9	t=15,8; $p<0,001$
Угол отклонения (°)	2,8±0,4 (в сторону дислокации)	–	–
Дистопия черпаловидных хрящей	Правосторонняя: 51,1%	Левосторонняя: 48,9%	–

Таблица 3. ЭМГ-данные

Показатель	Значение (мс)	Норма (мс)	Статистика (если применимо)
Латентность М-ответа (до лечения)	8,2±1,1	5,0±0,8	–
Латентность М-ответа (после мануальной терапии; n=37)	5,3±0,7	–	t=12,4; $p<0,001$

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиматов Х.А. Спондилогенная мышечная патология как причина дискинезии гортани // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 1977. — № 3 (11). — С. 8-12.

2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. — Рига, 1991. — С. 344.

3. Алиматов Х.А. «Ком» в горле как проявление остеохондроза позвоночника / Х.А. Алиматов // Дневник казанской медицинской школы. — 2013. — № 3 (3). — С. 29-30.

УДК 616-072.1

Г.С. ШКОЛЬНИК, И.О.Х. АЛЬ ДАРРАДЖИ

МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова, г. Чебоксары

Трансканаликулярная эндоскопия в диагностике и лечении дакриопатологии

ВВЕДЕНИЕ. Топографическая анатомия слезоотводящих путей имеет множество особенностей, что создает определенные сложности диагностики типа и причин дакриостенозов, выбора путей их устранения. В начале XXI века в дакриологии сформировалось новое направление — трансканаликулярная эндоскопия слезных путей. Стремление всех направлений хирургии к малой инвазивности способствовало развитию данного метода диагностики и лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ — разработать методику применения трансканаликулярной эндоскопии для диагностики и лечения патологии слезоотводящих путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследования с использованием трансканаликулярной эндоскопии, обеспеченной оборудованием фирмы Machida (Япония), были проведены 50 пациентам с жалобами, характерными для сужения или окклюзии слезных протоков. При эндоскопии обращали внимание на характер содержимого слезных протоков, преодолимость при продвижении эндоскопа, окраску слизистой оболочки слезных канальцев, мешка и носослезного протока.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Обследованные пациенты по уровню лакримальной обструкции распределились следующим образом: полное или частичное закрытие слезных точек — 6%; очаговый стеноз на протяжении слезных канальцев — 12%; непроходимость на уровне устья слезных канальцев — 20%; отделов слезного мешка — 4%; носослезных протоков и канала — 36%. В 22% случаев блок слезоотведения носил многоуровневый характер. Большая часть очагов дакриостеноза без выраженной протяженной облитерации слезных протоков была устранена при продвижении рабочей части эндоскопа от слезных точек к слезно-носовому протоку. Разрушение препятствий во всех случаях были дополнены стентированием. Общий показатель эффективности реканализаций под трансканаликулярным эндоскопическим контролем составил, по итогам наблюдения за пациентами в течение одного года и более, 65%.

ВЫВОДЫ. Предложенные и описанные методики применения эндоскопической техники, обеспечивая более полное представление об этиологии и патогенезе заболеваний слезных протоков, способствуют повышению эффективности лечения дакриостенозов при малой инвазивности выполняемых вмешательств.