

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**ШКОЛА ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

Сборник материалов
областной научно-практической онлайн конференции

25 июня 2020 года

Гродно
ГрГМУ
2020

УДК 616.21:005.745 (06)

ББК 56.8л0

Ш67

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ
(протокол № 9 от 09.06.2020).

Редакционная коллегия: зав. каф. оториноларингологии и глазных болезней,
д-р мед. наук, проф. О. Г. Хоров;
доц. каф. оториноларингологии и глазных болезней,
канд. мед. наук Е. Н. Головач (отв. редактор).

Рецензенты: зав. гнойным оториноларингологическим отделением для взрослых
УЗ «Гродненская университетская клиника»,
канд. мед. наук, доц. Д. М. Плавский;
доц. 1-й каф. внутренних болезней ГрГМУ,
канд. мед. наук Ю. И. Карпович.

Школа передового опыта в оториноларингологии : сборник материалов област-
ной научно-практической онлайн конференции, Гродно, 25 июня 2020 г. [Элект-
ронный ресурс] / отв. ред. Е. Н. Головач. – Электрон. текст. дан. и прогр. (объем
2,7 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-595-245-0.

В сборнике материалов областной научно-практической онлайн конференции «Школа передового опыта в оториноларингологии», отражены актуальные проблемы оториноларингологии, опубликованы работы ученых и врачей разных регионов Беларуси.

Информация, изложенная в сборнике, доступна к применению широкому кругу врачей и молодых ученых. Адресуется к использованию оториноларингологов, онкологов и отоневрологов.

УДК 616.21:005.745 (06)

ББК 56.8л0

ISBN 978-985-595-245-0

© ГрГМУ, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПАРААНГЛИОМА НОСА

Алещик И. Ч., Хоров О.Г., Сак В.Н. 6

ПРОБЛЕМА СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА У ДЕТЕЙ

Алещик И. Ч...... 11

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Алещик И. Ч., Сак В.Н...... 14

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТИННИТУСОМ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

Бондарчук Ю.М., Хоров О.Г., Ильина С.Н., Сак В.Н. 18

РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ВЫЯВЛЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЛУХОВЫХ НАРУШЕНИЙ, ТИННИТУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ

Бондарчук Ю.М...... 21

СМЕШАННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гиль Т.И., Головач Е.Н., Клочко Е.С...... 24

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Головач Е.Н., Кучинская Т.Б., Полонский В.В., Качук Д.Н. 27

ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ПОЛОСТИ НОСА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Головач Е.Н., Равданович Ю.Л., Полонский В.В., Гиль Т.И...... 31

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ

Жолик А.Ю., Хоров О.Г., Хлебинская Е.В. 34

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. ДЕСМОИДНАЯ ФИБРОМА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Загоровская О.В., Никита Е.И., Равданович Ю.Л., Хоров О.Г. 35

ИЗМЕНЕНИЯ PH-РЕАКЦИИ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА И АКТИВАЦИЯ БЕЛКА VPIР У ПАЦИЕНТОВ С ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИТУАЦИИ С ПОВЫШЕННОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ

Кацер А.Г., Ракова С.Н. 38

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ <i>Кацур А.Г., Ракова С.Н.</i>	39
АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Кучинская Т.Б., Головач Е.Н.</i>	40
АППАРАТНЫЙ АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2007-2018 ГОДАХ <i>Марицель Д.Н., Хоров О.Г., Ракова С.Н.</i>	41
АППАРАТНЫЙ АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ «ПЕТРАЛЕКС» <i>Марицель Д.Н., Хоров О.Г., Никита Е.И., Головач Е.Н.</i>	42
ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Никита Е.И., Хоров О.Г.</i>	43
АКУПУНКТУРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАНОВЫХ ВНУТРИГОРТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ <i>Однокозов И. А., Черныш А. В.</i>	46
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УША <i>Плавский Д.М., Якименко С.Ю., Бабицкая А.В.</i>	47
АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ БАРАБАНОЙ ПЕРЕПОНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТУБОТИМПАНАЛЬНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ <i>Плавский Д.М., Бруханская Ю.Н., А.В. Григолец</i>	48
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ГЛУХОТЫ С ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТИРУЕМОГО СЛУХОВОГО АППАРАТА «ВАНА» <i>Хоров О.Г., Плавский Д.М., Бойко С.Л.</i>	50
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФАРИНГОСТОМОЙ НА ОСНОВАНИИ РАЗБОРА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ <i>Прецайкало П.В., Нечипоренко А.С., Плавский Д.М.</i>	51

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
<i>Ракова С.Н., Плавский Д.М., Кацер А.Г., Мудрагелова А.В., Бердовская Ю.Д.</i>	55
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ДАКРИОЦИСТИТА	
<i>Солодовникова Н.Г., Хоров О.Г., Мармыш В.Г., Логош С.М.</i>	58
СОХРАНЯЮЩАЯ РИНОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА	
<i>Хоров Г.О., Хоров О.Г.</i>	61
РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ	
<i>Шамрило Г.Н., Стецко С.Ю., Полховский В.И., Каминский С.А., Сковородко Е.Е., Маренкова В.С., Сугак Е.С.</i>	63
ОЦЕНКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛОМОК	
<i>Якусик Т.А., Марицун Д.Н., Хоров О.Г.</i>	65
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РЕЧИ И ЗВУКОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПАЦИЕНТАМИ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ	
<i>Якусик Т.А., Марицун Д.Н., Хоров О.Г.</i>	66

ПАРААНГЛИОМА НОСА

Алещик И.Ч., Хоров О.Г., Сак В.Н.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Введение. Параанглиома является одной из редко встречающихся опухолей в практике оториноларинголога. В литературе встречается также под названием гломусная опухоль, хемодектома. Параанглиома – это нейроэндокринная опухоль, развивается из хромаффинных параанглиев, построена из клеточных элементов, входящих в состав хеморецепторной системы.

Примерно 90% опухолей из хромаффинных параанглиев возникают в надпочечниках, в таких случаях они называются феохромоцитомами. Остальные 10% имеют разную локализацию в любой области между шеей и малым тазом вдоль симпатической нервной системы: 85% – в брюшной полости, 12% – в грудной клетке, 3% – на голове и шее. В области головы и шеи гломусные опухоли чаще всего встречается в каротидной железе, барабанной и яремной области, тельце сонной артерии и ганглиев блуждающего нерва [1, 2]. Эти опухоли были описаны в орбите, гортани, носоглотке, щитовидной железе [2].

Гломусные опухоли составляют 0,6% всех новообразований головы и носят спорадический характер, вероятность генетической предрасположенности параанглиом достигает 30% у членов семьи заболевшего [2]. С развитием молекулярных методов диагностики удалось локализовать конкретные гены, напрямую связанные с возникновением гломусной опухоли. Заболеваемость наследственной параанглиомой составляет от 10 до 50%, которая часто бывает многоцентричной или двусторонней, и более чем на десять лет моложе. Положительный семейный анамнез увеличивает риск мультифокальности в 78% случаев [3].

В редких случаях (до 5%) гломусная опухоль приобретает злокачественное течение. До настоящего времени не существует надежного маркера злокачественности этих опухолей. Рецидив, отдаленные метастазы и инвазия в кости являются лучшими параметрами для определения злокачественности опухоли [2].

Распределение по полу отчетливо показывает, что женщины болеют чаще мужчин – 3:1. Они часто описываются у пациентов в возрасте 40-60 лет, но сообщается, что случаи варьируются в возрасте от 8 до 89 лет [1, 3, 4].

В подавляющем большинстве случаев анатомическая локализация параанглиом соответствует топографии параанглиев. Последние представляют собой скопления гормонально-активных и рецепторных клеток, имеющих нейроэктодермальное происхождение и расположенных вокруг вегетативных ганглиев. Выделяют симпатические параанглии, связанные с симпатической вегетативной нервной системой, и парасимпатические параанглии, связанные с парасимпатической нервной системы. Симпатические параанглии располагаются в основном вдоль симпатического ствола, а также

в соединительной ткани области малого таза. Парасимпатические параганглии локализуются исключительно в области головы и шеи вдоль ветвей языкоглоточного и блуждающего нервов. В зависимости от способности окрашиваться солями хромовой кислоты параганглии делят на хромаффинные и нехромаффинные. К хромаффинным параганглиям относят мозговое вещество надпочечников, свободные хромаффинные тельца, интраневральные или интраганглионарные группы клеток (хромаффиноциты). Наиболее крупными являются надпочечниковый параганглий, поясничный аортальный параганглий (орган Цукеркандля), каротидный параганглий (сонный гломус), югулотимпанальный, вагальный и глоточный параганглии [5].

Каротидная хеMODEKТОМА наиболее часто характеризуется доброкачественным течением, однако вследствие скудной клинической картины для ее точной диагностики необходимы специфичные способы исследования. Для лечения каротидной хеMODEKТОМЫ применяют хирургическую резекцию, а при противопоказаниях к операции – лучевую терапию (в качестве паллиативного метода). Наиболее распространенные осложнения после оперативного лечения – поражение черепных нервов, интраоперационная кровопотеря и ишемический инсульт. Для опухолей более 3 см рекомендуется предоперационная гиперселективная эмболизация, предотвращающая значительную кровопотерю во время операции [3]. Несмотря на эту рекомендацию, большинство описанных случаев не сообщали об эмболизации до резекции. Выбор эмболического материала зависит от цели, размера питающих артерий, характера кровотока и потенциально угрожающих анастомозов или коллатеральных сосудов. Эмболические агенты могут быть постоянными или временными. Неабсорбируемые материалы обеспечивают более длительную обструкцию и хорошо подходят для сосудистых поражений [3]. В литературе описано несколько случаев, когда исследователи из разных стран (США, Кореи) предпринимали попытки снизить риск возникновения осложнений путем применения предоперационной эмболизации, однако это привело к новым осложнениям, в частности к миграции среды эмболизации. Учеными из Нидерландов было отмечено некоторое снижение количества послеоперационных осложнений при использовании в хирургии краниокаудального метода. Сегодня единственным эффективным методом лечения каротидной хеMODEKТОМЫ по-прежнему остается хирургическая резекция, однако она не может быть применима в обширном ряде случаев. Кроме того, в мировой хирургической практике отсутствуют эффективные способы подавления различных осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, что снижает показатели успешного выздоровления пациентов [6].

Появление этих поражений в полости носа и околоносовых пазухах встречается крайне редко. Эти поражения вызывают обструкцию и носовое кровотечение, и их можно спутать с хроническим полипозным риносинуситом, вазомоторным ринитом, другими доброкачественными и злокачественными поражениями. Иногда их можно спутать с опухолями гломуса, потому что, хотя они и иммунологически, и гистологически различны,

обе имеют общую сосудистую функцию [2]. В то время как существуют сомнения относительно происхождения этой опухоли в синоназальной полости, в большинстве случаев, описанных в литературе, наиболее пораженными регионами были средняя носовая раковина и придаточные пазухи [2]. Все это является причиной выбора неправильной лечебной тактики и, как следствие, развития осложнений [4].

Происхождение параганглиом в полости носа до сих пор недостаточно изучено. При нормальных условиях в носовых ходах отсутствуют признаки нехромаффинной ткани. Glenner и Grimley сообщили, что эти опухоли могут возникать из гнезд рудиментарных клеток, возникающих в процессе развития плода [2].

Цель. О поражении данной опухолью полости носа и околоносовых пазух в литературе крайне мало сообщений, в связи с чем приводим наше наблюдение.

Результат. Пациентка Г. (74 года) 18.03.2020 года поступила в гнойное оториноларингологическое отделение для взрослых Гродненской университетской клиники с жалобами на затруднение носового дыхания, насморк. Болеет несколько лет. Амбулаторно получала консервативное лечение, эффекта не было. Затруднение носового дыхания стало постоянным. Страдает бронхиальной астмой, постоянно принимает гормональные препараты. Объективно: слизистая носа розовая, отечная, в полости носа слева бугристое синюшное новообразование, обтурирующее левую половину носа, предположительно полип, носовое дыхание слева отсутствует. Носоглотка свободна. Лабораторное обследование на амбулаторном этапе в пределах нормы.

Компьютерная томография лицевого черепа от 13.02.2020 г. выявила в левой носовой полости образование с четким контуром сечением 36x15x27 мм, практически полностью перекрывающее левый носовой ход. Носовые раковины не изменены, их слизистая не изменена. Лобные пазухи развиты правильно, гомогенно затемнены. Ячейке решетчатого лабиринта гомогенно затемнены, стенки ячеек без деструктивных изменений. Клиновидные и верхнечелюстные пазухи не изменены, пневматизированы. Носовая перегородка по средней линии. Слева в лобной области в веществе мозга гиподенсивный участок с четким контуром сечением около 41x40x22 мм, плотностью около 4 НУ.

В связи с клиническим характером поражения (длительное течение заболевания, отсутствие осложнений, рост опухоли только в полости носа (доброкачественное образование)), было решено выполнить хирургическое вмешательство без биопсии, с целью избежать кровотечения.

20.03.2020 года выполнена операция: эндоназальная эндоскопическая полипозтомотомия слева. Опухоль удалена в едином комплексе с окружающими тканями. Передняя тампонада носа. Отмечалось выраженное кровотечение, но это не ухудшило резекцию опухоли. Гистологическое заключение от 25.03.2020 года: опухолевый узел, по морфологической структуре ближе к параганглиоме.

После удаления тампонов из носа через 2 дня кровотечения не было. При выписке дыхание через левый носовой ход затруднено, слизистая носа отечная, геморрагические корочки. Выписана 26.03.2020 года на амбулаторное долечивание и наблюдение (МСКТ с контрастным усилением лицевого черепа через 6 месяцев, наблюдение оториноларинголога, пульмонолога, онколога).

Обсуждение. Носовые параганглиомы очень редки, до 2002 года в литературе сообщалось лишь о 27 случаях [2]. К 2017 году описано только около 40 случаев [3].

Опухоль встречается у пациентов в возрасте от 8 до 89 лет, женщины среднего возраста наиболее подвержены этому заболеванию [2]. Носовая полость чаще поражается опухолью, чем пазухи; большинство параганглиом возникают в боковой стенке носа и средней носовой раковине. Что касается расположения этой опухоли в полости носа в первых трех случаях, описанных в литературе, источником опухоли была перегородка носа. Опухоли, происходящие из нижней носовой раковины и задней части хоаны, также были описаны. Клиническая картина обычно характеризуется заложенностью носа, повторным и обильным кровотечением, насморком, отеком лица и ипсилатеральной болью. Обычно наблюдается красноватая полиповидная масса, занимающая полость носа и мигрирующая в пазухи [2].

Контрастная КТ и магнитно-резонансная томография важны для диагностики. КТ выявляет накопление йодированного контраста, обнаруживая большой сосудистый компонент опухоли. Наличие экспансивного поражения наводит на мысль о доброкачественных опухолях [2]. Артериография может быть использована для изучения сосудистой сети опухоли и выявления питающей артерии для возможной эмболизации. Эта процедура может быть исключена в большинстве случаев вместе с биопсией, если хирург уверен в природе поражения.

Доступ может быть осуществлен с помощью традиционных методов, таких как латеральная ринотомия или эндоскопическая хирургия. Иногда, в зависимости от размера опухоли, может использоваться смешанный эндо-назальный и экстраназальный подход. Наиболее важной особенностью лечения является резекция опухоли, так как рецидив всегда происходит, когда операция не радикальна. Согласно Arens и соавт., частота рецидивов этой доброкачественной опухоли составляет 10%. Наибольшую трудность при удалении этой опухоли вызывает кровотечение из-за ее богатой васкуляризации. Эмболизация используется для уменьшения объема крови во время операции [2].

Последующее наблюдение должно проводиться в течение длительных периодов, а интервал времени между первоначальным лечением и возникновением метастазирования составляет 13 лет. Не существует золотого стандарта визуализации, но КТ, МРТ и ПЭТ/КТ были предложены в качестве исследования первой линии для оценки локально-регионарного расширения и/или метастатических поражений [3].

В случае нашей пациентки Г. длительность заболевания небольшая, осложнений в виде носового кровотечения не было, опухоль занимала только полость носа, не распространялась на околоносовые пазухи, что дало возможность удалить опухоль в полном объеме. Точную распространенность опухоли нам дали данные компьютерной томографии. Однако, использование контрастирования при выполнении компьютерной томографии дало бы нам более точную информацию о происхождении новообразования. Гистологическое исследование выявило новообразование схожее с параганглиомой. Специальное гистологическое окрашивание используется для идентификации нейросекреторных цитоплазматических гранул этих клеток. Неопластические клетки проявляют сродство к хромовой кислоте.

Выводы:

1. Параганглиомы – это нечастые нейроэндокринные опухоли, которые могут возникать от основания черепа от крестца. Синоназальные параганглиомы очень редки

2. Случай, представленный выше, указывает на редкость заболевания в области носа. Оно было диагностировано с помощью компьютерной томографии (заподозрено доброкачественное заболевание носа). Нашей пациентке была выполнена эндоназальная эндоскопическая операция с полным удалением опухоли носа и окружающими тканями, превосходным конечным результатом, без послеоперационных осложнений. Только гистологическое исследование дало возможность поставить точный диагноз.

Литература

1. Клочихин, А.Л. Случай злокачественной параганглиомы полости носа / А.Л. Клочихин, А.А. Буниатян // Российская ринология, 2012. – № 4. – С. 23-24.

2. Granato, L. Nasal paraganglioma: A case report and literature review / L. Granato, J.D. Prospero, D.M. Filho // Int Arch Otorhinolaryngol., 2013, 17(1): 92-95.

3. De Almeida Vital, J.M. Nasal Cavity Paraganglioma: Literature Review and Discussion of a Rare Case / J.M. de Almeida Vital et all. // Biomedicine Hub, 2017, 2: 464099.

4. Банашек, Т.В. Гломусная опухоль полости носа (клинический случай) / Т.В. Банашек, Я.А. Дугинова // Российская ринология, 2012. – № 2. – Том 20. – С. 33.

5. Бежанова, С.Д. Параганглиома гортани / С.Д. Бежанова, Р.А. Хасанов, А.И. Павловская, Е.А. Смирнова // Архив патологии, 2017. – № 5. – С. 34-37.

6. Алферова, Ю.С. Современные представления окаротидной хемодектоме и эффективность методов ее лечения / Ю.С. Алферова, В.Д. Сурина, Н.В. Карпов // Казанский медицинский журнал, 2017. – № 5. – С. 792-796.

ПРОБЛЕМА СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА У ДЕТЕЙ

Алещик И.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Субъективный ушной шум – это слуховое ощущение в одном или двух ушах, возникающее при отсутствии акустического импульса в окружающей среде. Проблема ушного шума у детей сравнительно недавно начала рассматриваться иностранными авторами, имеет высокую актуальность в связи с широкой распространенностью и очень низкой обращаемостью за медицинской помощью, имеет тенденцию к увеличению. Зачастую дети считают ушной шум нормальным явлением и затрудняются описать его. Дети редко предъявляют жалобы на шум в ушах, часто считают, что другие дети также слышат шум в ушах, и легче приспосабливаются к нему. Процент детей с шумом в ушах увеличивается с 6,5% (дети сами говорят о шуме в ушах) до 34%, когда проводится детальный опрос детей. У более чем 50% обследованных детей с шумом в ушах было зафиксировано нарушение слуха [1].

Среди пациентов, леченых в клинике ушных шумов (Варшава), дети составляют 0,5%. У половины из них ушной шум в значительной степени затрудняет им повседневную деятельность. Хорошей новостью является то, что для большинства детей с шумом в ушах эта проблема исчезает по мере взросления [1].

Nodar считается первым автором, который занялся ушными шумами у детей. В 1972 году он провел анкетные исследования, в которых оценивал частоту появления шума в ушах у детей в возрасте от 10 до 18 лет. Он обнаружил, что 13,3% правильно слышащих подростков испытывают эти проблемы. Среди детей с потерей слуха шум в ушах был обнаружен у 58,6% из них. В последующем анкетирование ушного шума у детей проводилось во многих странах. По различным данным частота ушного шума у детей варьирует от 3 до 40%, в частности: 10–14,5% в Австралии (Linnett Sanchez, Department of Speech Pathology and Audiology, School of Medicine, Flinders University, South Australia), до 12% в Швеции (Department of Audiology, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden), 21% в США («Tinnitus Handbook» Richard Tyler, 2000), 37% в Бразилии (Coelho CB, Sanchez TG, Tyler RS., Department of Otolaryngology of the University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil), 31,6% в Польше (Instytut Fiziologii i Patologii Sluchu), 34% в Италии, 33,4% в Турции (83,1% из них слышали шум только иногда) [1, 2, 3, 4]. Частота ушного шума возрастает с возрастом, чаще встречается у девочек.

Несмотря на растущее число публикаций, все еще трудно однозначно оценить, является ли шум в ушах существенной проблемой для детского населения. Принятие консенсуса, определяющего концепцию постоянного звона в ушах у детей, будет способствовать оценке этой проблемы в педиатрической популяции [1].

Обширных исследований распространенности тиннитуса у детей в Беларуси не проводилось.

Цель. Целью нашего исследования являлось определение эпидемиологии и особенностей ушного шума у детей в возрасте от 8 до 17 лет.

Материалы исследований. Проведено анкетирование детей в школьных учреждениях города Гродно. Анкета включала следующие вопросы: возраст, пол, место проживания (город, сельская местность), наличие/отсутствие шума в ушах, его локализация, характер, частота, обращаемость за медицинской помощью, полученное лечение и его эффективность, наличие заболеваний ушей в анамнезе, частота прослушивания громкой музыки и музыки в наушниках, степень влияния ушного шума на жизнь ребенка. Всего обследовано 1608 детей в возрасте от 8 до 17 лет, учащихся в учебных заведениях города Гродно: ГрГГ, Лицей №1, СШ № 12, СШ № 18, СШ № 35, СШ № 38, а также находящихся на лечении в УЗ «ГУК». Все дети разделены на 4 возрастные группы: 1-я группа – дети 8–11 лет (333 (20,7%) ребенка), 2-я группа – дети 12–13 лет (441 (27,4%) человек), 3-я группа – дети 14–15 лет (561 (34,9%) человек), 4-я группа – подростки 16–17 лет (373 (23,2%) человека).

Результаты и их обсуждение. Среди всех обследованных детей ушной шум отмечали 780 детей, что составило 48,5% опрошенных. В 1-й группе шум отмечали 123 (37%) ребенка, во 2-й группе – 160 (46,9%) детей, в 3-й группе – 289 (51,5%) детей, в 4-й группе – 198 (53%) детей. В старших возрастных группах частота встречаемости данной патологии достоверно увеличивается. Среди девочек ушной шум встречался чаще (57,4%), чем среди мальчиков (42,6%) ($p < 0,05$). Периодический шум отмечают 748 (95,9%) детей, постоянный шум – 32 (4,1%) ребенка.

По локализации: ощущение шума в обоих ушах у 382 (49%) детей, в правом ухе у 166 (21,2%) детей, в левом ухе у 107 (13,8%) детей, в голове у 125 (16%) детей. Характер шума дети описывали следующим образом: звон – 174 (22,3%) человека, писк – 258 (33,1%) человек, «ультразвук» – 61 (7,8%) человек, шипение – 58 (7,4%) человек, свист – 56 (7,2%) человек, другие виды (гул, шум ветра, стук, шум моря, шуршание, звук пилы, поезда, струны и др.) – 173 (22,2%) человека.

В связи с шумом в ушах обращались за медицинской помощью только 55 (7,1%) человек, все получали соответствующее лечение. При этом эффективность лечения была следующая: шум прошел полностью у 9 (16,2%) человек, уменьшился у 41 (74,6%) человека, без изменений у 5 (9,2%) человек. Самолечением занималось 34 (4,4%) человека: у 23 (67,9%) из них – без эффекта, а у 11 (32,1%) шум уменьшился. Заболевания ушей (отиты, невриты) в анамнезе имеют 180 (23,1%) детей с ушным шумом.

Среди всех пациентов с ушным шумом часто (более 3-х раз в неделю) слушают громкую музыку и/или музыку в наушниках 578 (74,1%) проанкетированных. В первой группе – 84 (68,1%) человека, во второй группе – 103 (64,4%) человека, в третьей группе – 206 (71,1%) детей, в четвертой группе – 173 (87,5%) подростка. Отмечается прямая корреляционная зависимость числа

детей, слушающих громкую музыку или музыку в наушниках, и числом детей, имеющих субъективный ушной шум. Чем старше возраст, тем большее количество детей пользуется аудиосистемами с наушниками и, соответственно, больше отмечают ушной шум.

Основные критерии влияния ушного шума на жизнь ребенка: нарушение сна; нарушение отдыха; снижение концентрации внимания; снижение качества учебного процесса; нарушение общения с окружающими. Влияние шума на качество жизни, оцениваемой по десятибалльной системе, дети в среднем оценивают в $1,95 \pm 0,27$ баллов.

Выводы:

1. Распространенность ушного шума среди детей в возрасте 8–17 лет составляет 48,5%, постоянный шум – у 4,1%.

2. Частота ушного шума достоверно возрастает от младших детей к старшим.

3. Анализ полученных результатов показал, что анкета для мониторинга ушного шума среди детского населения информативна и применима для раннего выявления данной патологии.

4. Количество детей, часто слушающих громкую музыку или музыку в наушниках, увеличивается в старших возрастных группах одновременно с ростом частоты субъективного ушного шума, что свидетельствует о необходимости проведения профилактических мероприятий среди школьников.

5. Существует проблема низкой обращаемости за медицинской помощью, что ставит определенные трудности в ранней диагностике и возможных методов лечения данной патологии.

6. Степень влияния субъективного ушного шума на уровень жизни детей относительно невысока ($1,95 \pm 0,27$ баллов).

7. Профилактика тиннитуса требует мероприятий, направленных на осведомление граждан по этой теме и корригирование этиологических факторов в связи с тем, что данная проблема является не только общемедицинской, но и социальной проблемой государства, так как в последствие может приводить к тугоухости и стойкой утрате трудоспособности.

Литература

1. Raj-Koziak, D. Występowanie szumów usznych u dzieci – przegląd piśmiennictwa / D. Raj-Koziak // Nowa Audiofonologia. – 2016. – № 5(1). – S. 9–14.

2. Coles, R.R. Epidemiology of tinnitus / R.R. Coles. – Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987. – P. 46–70.

3. Lenarz, T. Epidemiologie tinnitus / T. Lenarz. – Thieme, Stuttgart, 1992. – P. 71–75.

4. Fabijańska, A. Epidemiology of tinnitus in Poland / A. Fabijańska. – Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar, Cambridge, UK. The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London, 1999. – P. 567–569.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Алещик И.Ч., Сак В.Н.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Актуальность. Проблема хронического тонзиллита и его осложнений остается актуальной в течение многих десятилетий. Интерес к данному заболеванию объясняется большой распространенностью хронического тонзиллита у детей и лиц трудоспособного возраста, ростом числа осложнений. По данным многих авторов наблюдается увеличение числа экстренных операций по поводу вскрытия паратонзиллярного абсцесса, что объясняется резким снижением числа выполняемых тонзилэктомий при лечении хронического тонзиллита [1]. Уменьшение количества тонзилэктомий объясняется все большим применением консервативных методик в лечении хронического тонзиллита. По данным Р. Б. Хамзалиевой, число хирургических вмешательств при патологии глотки в 1966 г. составило 63,7% от всех операций, проведенных в ЛОР-стационарах, в 1971 г. – 60,5%, в 1999 г. данный показатель уменьшился в 2,5 раза и составил 20,8%, в 2005 г. – 20,7% [2]. При этом наблюдается рост местных осложнений хронического тонзиллита. Так число пациентов с паратонзиллярным абсцессом увеличилось на 8,7% и составило 86,7% от всех urgentных заболеваний глотки [3]. После лечения острого периода врач рекомендует пациенту выполнить тонзиллэктомию в холодном периоде (через 1 месяц). Выполняют ли пациенты эти рекомендации?

Цель – изучить проблемы распространенности местных осложнений хронического тонзиллита по данным мировой литературы, эффективность наших рекомендаций и поведение пациентов в отдаленном периоде после перенесенного паратонзиллярного абсцесса.

Материалы исследования. Работа основана на изучении и анализе данных научных статей мировой литературы, по результатам которых была проведена оценка частоты встречаемости паратонзиллярного абсцесса и парафарингита в США, Европе, России и Беларуси.

Были изучены медицинские карты 359 пациентов, проходивших лечение в ГУК по поводу паратонзиллярного абсцесса в 2016–2019 годах. Возраст пациентов составил от 2 до 74 ($37,3 \pm 3,5$) лет. Детей до 18 лет было 132 (36,8%). Всем пациентам в момент поступления в стационар проводилось вскрытие паратонзиллярного абсцесса, курс антибиотикотерапии.

Результаты и их обсуждение. С. Г. Арзамазов провел ретроспективный анализ 800 пациентов, которые находились на лечении в ЛОР – отделениях ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова в период с 2002 по 2011 г. [3]. По результатам полученных данных (2002 г. – 520 чел.; 2005 г. – 644 чел.; 2007 г. – 655 чел.; 2008 г. – 579 чел.; 2009 г. – 645 чел.; 2010 г. – 539 чел.; 2011 г. – 488 чел.)

автор показал, что число пациентов с паратонзиллитом в 2005, 2007 и 2009 гг. возрастает, с последующим снижением в 2010–2011 гг. Такая же ситуация наблюдалась в разных регионах РФ и странах СНГ. В Беларуси также отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с паратонзиллярным абсцессом в 2000-2002 гг. в 2 раза по сравнению с 1980-1982 гг. [3]. В 2009 г. данный показатель составил 11,5% в год [4]. Высокие значения показателей объясняются резким снижением плановых тонзилэктомий. По данным исследования, проведенного в ЛОР-клинике Гомельского государственного медицинского университета, наблюдается сокращение плановых тонзилэктомий за 1990-1992 гг. в 3,1 раза, за 2000-2002 гг. в 9,6 раз по сравнению с 1980-1982 гг. [3]. По данным многопрофильных стационаров Москвы (ГКБ им. С. П. Боткина, ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, ГКБ № 67) число плановых тонзилэктомий уменьшилось в 1,6 раза в период с 1998 по 2010 год [5].

Проанализировав данные зарубежных научных статей, наблюдаем, что частота встречаемости паратонзиллярного абсцесса в США в 2009 г. составляет 30,1 [6], в 2013 г. – 30 на 100 тыс. человек в год [7]. Данные показатели находятся на постоянном уровне в течение 4 лет, что показывает высокий уровень ранней диагностики и лечения осложнений хронического тонзиллита. Частота встречаемости паратонзиллярного абсцесса в Лондоне в 2009 г. составила 12,4, а в 2013 г. – от 10 до 37 на 100 тыс. человек в год [6, 8]. Заболеваемость паратонзиллярным абсцессом в Швеции в 2013 г. составляет от 19 до 37 случаев на 100 тыс. населения [9]. В Дании данный показатель на 2017 год составляет 36 на 100 тыс. человек в год [10]. Общий показатель заболеваемости паратонзиллярным абсцессом в Европе составляет около 30 на 100 тыс. человек в год [11]. Исходя из полученных данных, можем наблюдать, что наименьшая распространенность паратонзиллярного абсцесса наблюдается в США и в течение 4-х лет остается на постоянном уровне. В Европе данные показатели выше таковых в США и с 2009 по 2017 год остаются также на постоянном уровне.

При анализе данных научных статей, было замечено, что пик заболеваемости паратонзиллярным абсцессом приходится на детей и людей трудоспособного возраста. По данным И. А. Гричинской (исследования проводились в детском городском ЛОР-центре г. Минска в 2010 году), наблюдается, что самая высокая заболеваемость приходится на детей 13–17 лет, что составляет 73% от всех госпитализированных с паратонзиллярным абсцессом [12]. По другим данным пик заболеваемости отмечается у детей от 7 до 14 лет [13]. В исследовании А. Ч. Буцель большее число пациентов приходилось на возраст от 21 до 30 лет [4].

Не смотря на полноценное и комплексное лечение данного осложнения хронического тонзиллита, паратонзиллярный абсцесс склонен к частому рецидивированию. Так, по данным исследования Е. В. Носули, почти у 90% пациентов с паратонзиллярным абсцессом в анамнезе отмечались неоднократные ангины, а у 80% из них – рецидивы паратонзиллярного абсцесса [9]. По данным других источников у 13,8% детей с первичным паратонзиллярным

абсцессом в анамнезе наблюдался рецидив заболевания, а у 3,8% пациентов эпизоды паратонзиллярного абсцесса наблюдались неоднократно [13]. Кроме частого рецидивирования, в некоторых случаях паратонзиллярный абсцесс может осложняться парафарингитом и флегмоной шеи. По данным В. М. Боброва, в период с 1984 по 2002 г. наблюдались 2690 пациентов с паратонзиллитом, из них у 84 (3,08%) человек заболевание осложнилось парафарингитом [14]. По данным других авторов, парафарингит как гнойное осложнение паратонзиллита составляет 1,68% [15].

По данным ГУК, в процессе наблюдения у 51 (14,2%) пациента повторился паратонзиллярный абсцесс в течение 1 месяца – 3 лет.

Консервативное лечение (курсы промывания лакун небных миндалин) проведено 125 (34,8%) пациентам (1 группа). В этой группе у 14 (11,2%) пациентов наблюдался рецидив паратонзиллярного абсцесса.

У 69 (19,2%) пациентов была выполнена тонзилэктомия (2 группа). В этой группе у 38 (55,1%) пациентов была выполнена абсцесстонзиллэктомия в течение 3–5 дней от вскрытия абсцесса по показаниям (33 пациента – отсутствие дренажа полости абсцесса, у 4 пациентов – распространение гнойного процесса на клетчаточные пространства шеи и средостения, у 1 пациента отсутствовала динамика от консервативного лечения). У 31 (44,9%) пациента выполнена тонзиллэктомия через 2 месяца – 2,5 года. Из них у 17 пациентов выявлены общие осложнения: полиартрит – 12 случаев, хронический нефрит – 5 случаев. У 14 (26,1%) пациентов наблюдались рецидивы паратонзиллярного абсцесса. После тонзилэктомии пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

За медицинской помощью не обращалось 165 (46%) пациентов (3 группа). Из них у 19 (11,5%) пациентов повторялся паратонзиллярный абсцесс.

Выводы:

1. Паратонзиллярный абсцесс является распространенным осложнением хронического тонзиллита во всем мире, частота заболеваний которым увеличивается и требует оказания своевременной и квалифицированной помощи с целью предупреждения развития рецидивов и осложнений. Количество плановых тонзиллэктомий уменьшилось в 2,5 раза, тем самым способствуя росту осложнений хронического тонзиллита.

2. Наиболее эффективным способом лечения является тонзилэктомия (в теплом и отдаленном периоде). Однако только у 19,2% пациентов была выполнена тонзилэктомия, из них у 55,1% пациентам выполнена абсцесстонзиллэктомия по жизненным показаниям.

3. Рецидивы паратонзиллярного абсцесса наблюдались у 14,2% пациентов.

4. Консервативное лечение дает положительные результаты, возможность рецидива остается. Консервативное лечение проведено 34,8% пациентам.

5. Необходимо более настойчиво рекомендовать оперативное лечение после перенесенного паратонзиллярного абсцесса или выполнять абсцесстонзиллэктомию в остром периоде.

Литература

1. Салтанова, Ж.Е. Хронический тонзиллит, этиологические и патогенетические аспекты развития метатонзиллярных осложнений / Ж.Е. Салтанова // Вестник оториноларингологии. – 2015. – № 3. – С. 65-69.
2. Белякова, А.А. Хирургическое лечение хронического тонзиллита: обзор современных методов / А.А. Белякова // Вестник оториноларингологии. – 2014. – № 4. – С. 89–92.
3. Арзамазов, С.Г. Паратонзиллярный абсцесс при безангинной форме хронического тонзиллита / С.Г. Арзамазов, И.В. Иванец // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 25–28.
4. Буцель, А.Ч. Паратонзиллит: этиология, клиника, лечение / А.Ч. Буцель // Медицинские новости. – 2009. – № 5. – С. 1.
5. Особенности эпидемиологии хронического тонзиллита в современных условиях оказания специализированной ЛОР-помощи / А.И. Крюков и др. // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 4-7.
6. Boon, C. Bilateral peritonsillar abscess: A rare emergency / C. Boon, W. Mohamad, I. Mohamad // Malays Fam Physician. – 2018. – Vol. 13, № 1. – P. 41–44.
7. Matthew, R. Identification of peritonsillar abscess by transcutaneous cervical ultrasound / R. Matthew, D. Mantuani, A. Nagdev // American Journal of Emergency Medicine. – 2013. – № 31. – P. 267.e1–267.e3.
8. Sowerby, L.J. The epidemiology, antibiotic resistance and post-discharge course of peritonsillar abscesses in London, Ontario / L.J. Sowerby, Z. Hussain, M. Husein // J Otolaryngol Head Neck Surg. – 2013. – Vol. 42, № 1. – P. 5.
9. Носуля, Е.В. Паратонзиллит / Е.В. Носуля // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 65-69.
10. Klug, T.E. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess / T.E. Klug // Dan Med J. – 2017. – Vol. 64, № 3. – P. 5333.
11. Алещик, И.Ч. Перитонзиллярный абсцесс у детей / И.Ч. Алещик // Новые технологии в решении проблемы патологии голоса, слуха и речи: материалы Респ. науч.-практ. конф. оториноларингологов с междунар. участием, посвящ. 50-летию кафедры оториноларингологии УО «ГрГМУ». – Гродно: ГрГМУ, 2011. – С. 104-105.
12. Гричинская, И.А. Эпидемиология паратонзиллярных абсцессов у детей / И.А. Гричинская, Е.П. Меркулова, О.А. Мазаник // Новые технологии в решении проблемы патологии голоса, слуха и речи: материалы Респ. науч.-практ. конф. оториноларингологов с междунар. участием, посвящ. 50-летию кафедры оториноларингологии УО «ГрГМУ». – Гродно: ГрГМУ, 2011. – С. 19.
13. Солдатский, Ю.Л. Особенности анамнеза и этиология абсцессов глотки у детей / Ю.Л. Солдатский, О.А. Денисова, С.А. Булышко // Вестник оториноларингологии. – 2017. – № 5. – С. 12-14.
14. Бобров, В.М. Хирургическое лечение острогарафарингита / В.М. Бобров // Вестник оториноларингологии. – 2004. – № 3. – С. 40-42.
15. Свистушкин, В.М. Парафарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении / В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 29-34.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТИННИТУСОМ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

**Бондарчук Ю.М., Хоров О.Г.,
Ильина С.Н., Сак В.Н.**

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Отосклероз – ограниченный остео дистрофический процесс капсулы лабиринта в виде мелких единичных очагов новообразованной костной ткани, сопровождаемый фиксацией стремени и нарушением слуха. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но страдает преимущественно работоспособная часть населения, в возрасте от 20 до 50 лет. Преобладают женщины в соотношении 2 к 1. По данным статистики снижение слуха вследствие отосклероза наблюдается у 0,1–1% населения земного шара. По данным аутопсии отосклероз определяется в среднем у 10–12% населения планеты.

Тиннитус (шум в ушах) является одним из основных, постоянных и нередко самых ранних симптомов различной патологии слухового анализатора. Он встречается также при нарушении других органов и систем организма. По определению В. И. Воячека, ушные шумы – это слуховые ощущения, возникающие без очевидных внешних раздражителей, следовательно, без участия звуковых колебаний внешней среды. Тиннитус не только значительно нарушает слуховую функцию пациента, но и общее состояние организма. Частота тиннитуса у отологических пациентов с отосклерозом, тугоухостью, невритом слуховых нервов, болезнью Меньера, острыми и хроническими отитами составляют от 0,4 до 100%.

По данным разных авторов, 35–45% взрослого населения слышат шум в ушах время от времени, около 8% испытывают постоянный ушной шум, а у 0,5–1% имеется декомпенсированный тиннитус, мешающий в повседневной жизни и приводящий к таким негативным последствиям, как нарушение сна, депрессия, раздражительность и т.д.

Распространенность тиннитуса повышается с возрастом – каждый пятый человек в возрасте 55–65 лет имеет симптомы тиннитуса.

Общепризнанным в мировой практике отохирургии является положение о том, что лечение пациентов с отосклерозом – хирургическое, причем оно паллиативное, то есть не избавляет пациента от самого заболевания, а направлено на улучшение слуха. Кроме того не подвергается сомнению, что в настоящее время методом выбора оперативного вмешательства при отосклерозе является стапедопластика.

Кроме того, в настоящее время специфического лечения тиннитуса не разработано, но предлагается ряд подходов, которые могут уменьшить влияние тиннитуса на качество жизни. Наиболее распространенные методики

лечения тиннитуса – «маскировка тиннитуса», «отучение от тиннитуса» и «прогрессивная терапия тиннитуса».

Тиннитус – единая проблема миллионов пациентов, врачей, нейрофизиологов, иных специалистов.

Цель. Ретроспективно проанализировать результаты применения паллиативной хирургии у пациентов с тиннитусом при отосклерозе на основании субъективных данных и аудиометрии до операции, в раннем и отдаленном послеоперационном периоде за 11 лет по данным УЗ «Гродненская университетская клиника».

Методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 215 медицинской документации (медицинской карты амбулаторного пациента, медицинской карты стационарного пациента), на базе оториноларингологического гнойного отделения для взрослых в УЗ «Гродненская университетская клиника» г. Гродно. На операцию отбирали пациентов с порогами по костной проводимости, не превышающими 30 дБ, по воздушной до 60 дБ. Всем пациентам проводилось предоперационное обследование, включавшее традиционный осмотр ЛОР-органов, исследование слуха шепотной и разговорной речью, камертонами, тональную пороговую аудиометрию в расширенном диапазоне частот и тимпанометрию с регистрацией акустических рефлексов при необходимости проводилась компьютерная томография височных костей.

Кроме того, определяли уровень дискомфорта. При речевой аудиометрии оценивалась разборчивость односложных слов при комфортном уровне громкости. Для субъективной оценки степени тиннитуса использовали анкеты THI (Tinnitus Handicap Inventory) из 25 вопросов и TRQ (Tinnitus Reaction Questionnaire) из 26 вопросов. Опросники были переведены на русский язык и адаптированы к белорусским реалиям. Максимально возможный показатель в анкете THI составляет 100 баллов, а в TRQ – 104 балла.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программного обеспечения STATISTICA for Windows, версия 10.0 (Stat Soft, Inc.), достоверность показателей и различий рассматриваемых выборок производилась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования среди 215 пациентов: женщин – 148 (68,8±3,8%), мужчин – 67 (31,2±5,7%). Средний возраст 40±0,6 лет. Операция проводилась, как правило, под местной анестезией – 163 (75,8±3,4%). Стапедотомия выполнена в 204 (94,9±1,5%), стапедэктомия в 11 (5,1±6,6%) случаях. На левом ухе выполнено 112 (52,1±4,7%), на правом – 103 (47,9±4,9%) операции. Титановый протез использовали в 87 (40,4±3,3%) случаях, тефлоновый – 118 (54,9±4,6%), металлический – 5 (2,3±1,0%), полимерный – 3 (1,4±0,8%), золотой – 1 (0,5±0,5%), платино-титановый – 1 (0,5±0,5%) случаев. Реоперации были у пациентов в 12 (5,6±6,6%) случаях. В жалобах до операции у 186 (86,5±2,3%) пациентов присутствовал субъективный шум. После операции субъективный шум остался только у 10 (5,4±1,7%) пациентов ($p < 0,05$). Кроме того, данная группа

пациентов, использовала бесплатные или достаточно недорогие приложения в каталоге Play Market для смартфонов, где существует около 20 приложений для маскировки шума (Tinnitus Sound Therapy; Beltone Tinnitus Calmer; Tinnitus Notched Tunes; Tinnitus Therapy Lite; ReSound Tinnitus Relief; Tonal Tinnitus Therapy; Tinnitus Tuner; Tinnitus Descriptor; Tinnitus Therapy Pro; Tinnitus Therapy и т. д.), со слов пациентов, все указанные приложения являются однотипными со стандартными звуками и дают результат. Со слов обследованных, минусами данных приложений является то, что многие приложения на английском языке; многие из них платные; невозможно подобрать, индивидуальный для себя маскер; все приложения содержат одинаковые (розовые, коричневые, синие, фиолетовые, серые, белые шумы, звуки животных, звуки окружающей среды), разные обои для каждого цветового шума. Плюсы данных приложений: удобство в использовании, визуально не определить, что пациент страдает ушным шумом.

В мире не существует приложения, которое было бы направлено на диагностику и лечение (индивидуализированного подбора маскера шума и визуальной стимуляции) тиннитуса.

Средний уровень шепотной речи до операции составил $0,9 \pm 0,7$ м, разговорной речи – $2,8 \pm 1,9$ м. Через 1–3 месяца после операции шепотная речь составила $4,5 \pm 1,6$ м ($p < 0,05$). Кроме того, мы изучили состояние слуха путем оценки среднего порога восприятия чистых тонов на частотах по воздушной и костной проводимости. Средний порог восприятия звуков на тех же частотах через 1 месяц составил 19,1 дБ по воздушной проводимости и 5,7 дБ по костной проводимости, т. е. костно-воздушный разрыв стал равным 13,4 дБ, что соответствует критерию положительного исхода операции.

Выводы. Лечение отосклероза только хирургическое: стапедотомию выполнили в $94,9 \pm 1,5\%$ случаях, стапедэктомия в $5,1 \pm 6,6\%$ наиболее часто с использованием тefлоновых протезов $54,9 \pm 4,6\%$. Улучшение слуха наблюдается сразу после стапедопластики, а достоверная стабилизация слуха наступает к трем месяцам после операции. После операции субъективный шум в ушах полностью прекратился у $94,6 \pm 1,6\%$ пациентов. Стапедопластика является эффективным методом лечения отосклероза, позволяющим получить у большинства пациентов положительный функциональный результат.

Наиболее распространенные методики лечения тиннитуса – «маскировка тиннитуса», «отучение от тиннитуса» и «прогрессивная терапия тиннитуса», которая дает положительный результат.

Кроме того, на сегодняшний день продолжается работа над разработкой мобильного приложения для пациентов с тиннитусом, который будет доступный для всех граждан и направлен на диагностику и лечение (индивидуализированного подбора маскера шума и визуальной стимуляции) тиннитуса.

РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ВЫЯВЛЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЛУХОВЫХ НАРУШЕНИЙ, ТИННИТУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ

Бондарчук Ю.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Скрининг – это система первичного обследования групп клинически бессимптомных лиц с целью выявления случаев заболевания, то есть задача скрининга выявить лиц с возможным заболеванием для дальнейшего обследования.

Снижение слуха является актуальной проблемой в современном обществе. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 466 млн человек (более 5% населения мира) страдают потерей слуха, 34 млн из них – дети. Если не будут предприняты меры, то к 2030 году инвалидизирующей потерей слуха будет страдать почти 630 млн человек, к 2050 году их число может превысить 900 млн.

В то же время следует подчеркнуть, что в дошкольном возрасте сами дети не жалуются на снижение слуха, а родители и окружающие часто не связывают невнимательность, рассеянность и привычку ребенка переспрашивать с нарушением слуховой функции.

Тиннитус (шум в ушах) называется восприятие звука человеческим ухом, при отсутствии соответствующего внешнего звука. Ушной шум не является отдельной самостоятельной болезнью, а скорее сопутствующий симптом, как осложнение других заболеваний.

Проблема тиннитуса у детей сравнительно недавно начала рассматриваться иностранными авторами и имеет высокую актуальность в связи с широкой распространенностью и очень низкой обращаемостью за медицинской помощью. По данным зарубежных авторов от 6 до 36% детей с нормальным слухом населения страдают данным недугом, а у пациентов с нарушением слуха ушной шум отмечает более 55% пациентов детского населения.

Очень часто дети считают ушной шум нормальным явлением и затрудняются описать его родителям, медицинским работникам. Дети редко предъявляют жалобы на тиннитус и не говорят об этом. Дети, которые испытывают ушной шум с раннего детства или рождения, часто считают, что другие дети также слышат шум в ушах, и легче приспосабливаются к нему.

По разным данным, частота ушного шума у детей варьируется от 3 до 40%, в частности: от 10 до 14,5% в Австралии, до 36% в Швеции, до 21% в США, до 37% в Бразилии, до 40% в Польше.

В связи с этим нам хотелось бы подчеркнуть значение активных профилактических осмотров детей дошкольного возраста с применением

скрининговой аудиометрии с использованием мобильного приложения (Tinnitus, Petralex) и тимпанометрии.

Современные мобильные мультимедийные устройства – смартфоны и планшеты, обладают всеми необходимыми ресурсами для создания на их базе приложения для скринингового исследования слухового анализатора.

Цель. Оценить результаты проведенного скрининга у детей дошкольного возраста, направленного на раннее выявление и профилактику слуховых нарушений, ушного шума с использованием мобильного приложения Tinnitus, Petralex.

Методы исследования. При проведении скрининга в ГУО «Ясли-сад» города Гродно было обследовано 56 ($65,1 \pm 5,1\%$) детей, в возрастной категории от 5 до 7 лет.

Для проведения аппаратного аудиологического скрининга детей дошкольного возраста была использована программа Tinnitus, разработанная специалистами УО «ГрГУ им. Я. Купалы» и программа Petralex, разработанная специалистами УО «БГУИР» и адаптированная к использованию на кафедре оториноларингологии и глазных болезней УО «ГрГМУ» в рамках заключенного договора о сотрудничестве.

Перед обследованием родители/опекуны заполняли информированное согласие на проведение обследования и анкету. Анкета состояла из 22 вопросов. Всем детям проводилось обследование, включавшее: отоскопию, тимпанометрию, тональную аудиометрию с использованием мобильного приложения (Tinnitus, Petralex), как аналог аудиометрии. Тестирование слуха выполнялось отдельно для правого и левого уха методом тональной аудиометрии (по воздушной проводимости) на частотах от 125 до 8000 Гц (в приложении Petralex) и от 125 до 12000 Гц (в приложении Tinnitus).

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программного обеспечения STATISTICA for Windows, версия 10.0 (StatSoft, Inc.), достоверность показателей и различий рассматриваемых выборок производилась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования у 35 ($62,5 \pm 6,5\%$) детей при обследовании были получены нормальные показатели состояния среднего уха, соответствующие нормативным значениям. У 21 ($37,5 \pm 6,5\%$) ребенка выявлены различные степени снижения слуха по кондуктивному типу. Эти дети считались практически здоровыми, их родители и окружающие не отмечали изменений слуховой функции.

Передакустической импедансометрией и тональной пороговой аудиометрии по воздушной проводимости с использованием мобильного приложения (Tinnitus, Petralex) всем детям проводилась отоскопия. Акустическая импедансометрия включала тимпанометрию и регистрацию акустических рефлексов.

При акустической импедансометрии двусторонний процесс регистрировался у 12 ($57,1 \pm 10,8\%$) детей, односторонний – у 9 ($42,9 \pm 10,8\%$).

Результаты тимпанометрии: тип А – 35 (62,5±6,5%), тип В – 10 (17,9±5,1%) и тип С – 11 (19,6±5,3%) у детей.

Кроме того, 6 (28,6±9,9%) детей предъявляли жалобы на шум в ушах на фоне экссудативного среднего отита. Характер шума дети описывали следующим образом: звон, писк, шипение, свист и другие виды (шум ветра, стук, писк комара и др.). За медицинской помощью до скрининга в ГУО «Ясли-сад» города Гродно родители не обращались.

Всем детям с патологическими типами тимпанограмм было проведено обследование носа и носоглотки, при этом выявлено наличие аденоидита и гипертрофии аденоидных вегетаций.

Эти заболевания являлись основными причинами тубоотитов и экссудативных средних отитов.

По результатам оценки состояния носоглотки и данных акустической импедансометрии и тональной пороговой аудиометрии по воздушной проводимости с использованием мобильного приложения (Tinnitus, Petralex) всем детям было рекомендовано проведения консервативного или хирургического лечения.

Выводы. Наше исследование показало, что скрининговое обследование выявило закономерности в распространении патологии среднего уха в дошкольном возрасте. Это обусловлено прежде всего посещением детей с аденоидными вегетациями детских учреждений, где имеется большая скученность детей в одном помещении, с частыми ОРИ, детскими инфекциями. Как правило, у детей с аденоидными вегетациями увеличивается частота заболеваний, таких как средний отит, гипертрофия глоточной миндалины, аденоидит приводящих к снижению слуха.

Своевременная диагностика у детей дошкольного возраста изменений слуховой функции, связанных с патологией носоглотки, и проведение адекватного лечения препятствуют в дальнейшем формированию у них стойкой тугоухости и тиннитуса.

Современные мобильные приложения (Petralex, Tinnitus) показали свою эффективность их применения в аудиологическом скрининге детей дошкольного возраста, что в последующем позволит повысить выявляемость патологии слухового анализатора на ранних стадиях, не прибегая к значительным финансовым затратам.

СМЕШАННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гиль Т.И., Головач Е.Н., Клочко Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Введение. Смешанная опухоль является наиболее часто встречаемой среди доброкачественных эпителиальных опухолей слюнных желез (65%). Эта опухоль чаще возникает в околоушной железе, однако может локализоваться и в поднижнечелюстной, и в малых слюнных железах [1, 2]. К факторам, способствующим возникновению опухоли относят: воспалительные изменения в слюнной железе, гормональные нарушения, алиментарные факторы, курение, частое рентгенологическое исследование органов головы и шеи, терапия радиоактивным йодом, вирус Эпштейна-Барра и др. [2, 3]. Смешанная опухоль возникает монолатерально, как правило в одной из желез. Обычно образование в околоушной области обнаруживает сам пациент, когда его размер достигает 0,5 см и более. Новообразование не вызывает болевых ощущений, медленно (несколько лет) увеличивается в размерах.

Цель. Изучить частоту встречаемости смешанной опухоли слюнной железы по данным Гродненской университетской клиники, провести анализ клинического случая.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «Гродненская университетская клиника», в которое с диагнозом смешанная опухоль слюнной железы в 2019 году было госпитализировано и успешно пролечено 19 человек: 12 женщин и 7 мужчин. Самому молодому пациенту на дату госпитализации исполнилось 22 года (муж.), размер образования в околоушной области 15×10×13 мм. Самому возрастному пациенту было 76 лет (жен.), размер образования в околоушной области 25×19×35 мм. Всего за три года с данной патологией было пролечено 64 пациента: 47 женщин и 17 мужчин.

Клинический случай. Пациентка Б., 76 лет, поступила в отделение гнойной челюстно-лицевой хирургии УЗ «Гродненская университетская клиника» 22.04.19 г. для диагностики и лечения новообразования правой околоушной области. Из анамнеза известно: травм и воспалительных заболеваний данной области не было, в течение последних 15 лет отмечала наличие уплотнения тканей небольшого размера (1 см в диаметре), которое никак себя не проявляло. Образование значительно увеличилось в размерах (до 3 см в диаметре) за последние два года, однако оно вызывает беспокойство у пациентки исключительно с эстетической точки зрения и больше никак клинических проявлений нет.

При наружном осмотре: наблюдается асимметрия в правой околоушной области, при пальпации определяется безболезненное, с четкими границами,

плотной консистенции образование до 4 см в диаметре, подвижное, кожа над ним не изменена.

После выполнения КТ-исследования органов головы и шеи, было выявлено образование в правой околоушной слюнной железе, неправильной формы, плотностью +40-55HU однородное по своей структуре, размером 32×26×39 мм (рисунки 1-2).



**Рисунок 1. – КТ-скан структур шеи пациента Б.,
аксиальная проекция**



**Рисунок 2. – КТ-скан структур шеи пациента Б.,
корональная проекция**

Пациентке выполнялось оперативное лечение – радикальное удаление опухоли в пределах видимо здоровых тканей открытым доступом. Послеоперационный период протекал хорошо: пациентка не лихорадила, получала антибактериальную терапию, выполнялись ежедневные перевязки, выписана на 10-е сутки после операции.

Заключение гистологического исследования № 36054: образование представлено железистым пролиферирующим эпителием, участками миксоматоза,

многослойный плоского ороговевающего эпителия, что характерно для смешанной опухоли слюнной железы (рисунок 3).

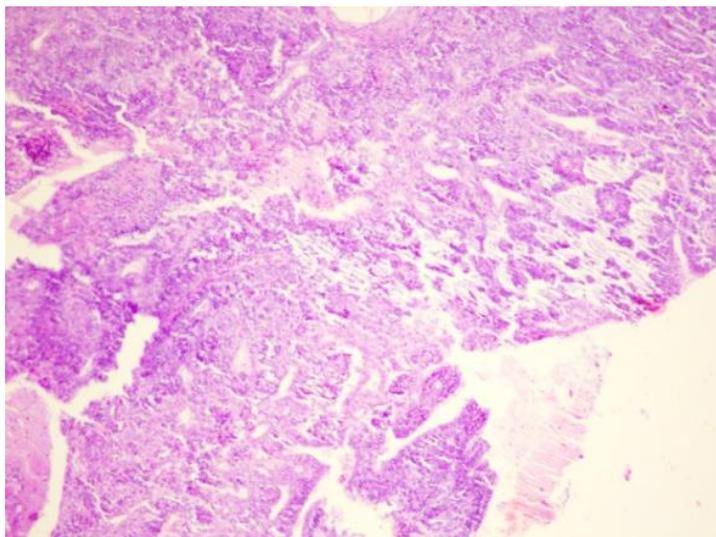


Рисунок 3. – Гистологический препарат, окраска гематоксилин-эозин (Leica DM 2500), пациента Б.

Выводы. Смешанная опухоль – это часто встречающаяся доброкачественная опухоль слюнных желез, образованная из эпителиальных и миоэпителиальных клеток (65-70%). Симптоматика новообразования очень скудная: нет болевых ощущений, медленно (несколько лет) растет, пациентов чаще беспокоят эстетические вопросы. Постановка окончательного диагноза основывается на гистологическом и иммуногистохимическом исследованиях. КТ-исследование органов шеи является обязательным перед выполнением оперативного вмешательства.

Лечением такого типа опухолей является хирургическим (радикальное удаление опухоли в пределах видимо здоровых тканей). Прогноз для будущего пациента как правило благоприятный.

Литература

1. Lastovka, A. S. Organosoxranyayushhaya mikrohirurgiya bol`shix slyunny`x zhelez : monografiya / A. S. Lastovka. Minsk : BGMU, 2007. 146 s.
2. Опухоль слюнных желез : учебно-методическое пособие / А. С. Lastovka, I. V. Dudareva. – Minsk : BGMU, 2017. – 35 s.
3. Gao M, Hao Y, Huang MX, Ma DQ, Chen Y, Luo HY, et al. (2017) Salivary gland tumours in a northern Chinese population: a 50-year retrospective study of 7190 cases. Int J Oral Maxillofac Surg, vol. 46, pp. 343-349.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Головач Е.Н., Кучинская Т.Б.,
Полонский В.В., Качук Д.Н.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Актуальность. Воздух (кислород), находящийся в барабанной полости, постепенно всасывается слизистой оболочкой [5], что приводит к возникновению отрицательного относительно атмосферного давления и «физиологическому» втяжению барабанной перепонки. Поступление кислорода в систему полостей среднего уха обеспечивается слуховой трубой. Клапанная функция слуховой трубы обеспечивается следующими мышцами – *m. levator et m. tensor veli palatini*. При сокращении этих мышц раскрывается носоглоточное отверстие слуховой трубы и происходит выравнивание давления между барабанной полостью и окружающим воздухом [1, 3].

Причины нарушения вентиляции среднего уха можно разделить на две большие группы: механический блок (гипертрофия глоточной миндалины, новообразования носоглотки, острые и хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух, искривление носовой перегородки и др.) и функциональный блок (парез мышц мягкого неба, врожденная расщелина неба, рубцовые/посттравматические изменения мышц глотки и др.).

Принимая во внимание важность нормальной работы этих мышц, авторами разрабатывались различные контактные (пальцевой массаж глоточного устья СТ, применение вибромассажного аппарата, воздействие ультразвука, методики бужирования просвета слуховой трубы, дилатации СТ баллоном, электростимуляция мышц неба) и бесконтактные (различные методики самопродувания – опыта Тойбни, Вальсальвы; продувание по Политцеру, устройство «Отовент», активные упражнения для мышц глотки) методики, способствующие увеличению силы их сокращений, иными словами – для тренировки мышц [2, 3].

Нами был разработан комплекс кинезиотерапии мышц глотки, состоящий из 10 упражнений, эффективность каждого из которых была тщательно проверена по средствам современных методов регистрации изменения внутрибарабанного давления [4].

Цель: доказать эффективность разработанного комплекса кинезиотерапии мышц глотки, применяемого для восстановления вентиляционной функции слуховой трубы.

Материалы и методы: наше исследование проводилось на базе детского оториноларингологического отделений УЗ «Гродненская университетская клиника».

Слуховую функцию и состояние структур среднего уха изучали с помощью тональной пороговой аудиометрии и тимпанометрии. Аудиометрия

выполнялась на аппарате Clinical Audiometer AC–40, а результаты регистрировались на стандартных бланках аудиограмм. Тимпанометрия проводилась на импедансном аудиометре AZ–26 Interacoustics с регистрацией результата на бумажном носителе в автоматическом режиме. Тест функции слуховой трубы (WILLIAMS – E.T.F.1) выполняли также на импедансном аудиометре AZ–26 Interacoustics

Группу наблюдения № 1 составили 16 пациентов (30 ушей или единиц наблюдения) с острой формой экссудативного среднего отита. Из них пациентов женского пола было 7 (43,7%), мужского – 9 (56,3%). Средний возраст пациентов составил $4,8 \pm 0,3$ года. Возрастное распределение пациентов: от 3 до 5 лет – 10 (62,5%), от 6 до 10 – 6 (37,5%). Основные жалобы: снижение слуха, чувство заложенности ушей, затруднение носового дыхания. Продолжительность заболевания у всех пациентов от 2 недель до 3 месяцев. Двусторонний процесс установлен у 14 (87,5%), односторонний – у 2 (12,5%). Сопутствующие заболевания выявлены у 14 (87,6%) пациентов. Нарушение вентиляционной функции СТ разной степени наблюдалось у всех пациентов до начала лечения, при тимпанометрии зарегистрирован тип кривой В. Пациентам данной группы был назначен ККГМ с последующим контролем показателей тимпанограммы.

Для оценки функционального результата лечения пациентов группы 1 нами был применен метод тимпанометрии. С этой целью пациенты приглашались в клинику через 3, 6, 9 недель и 6 месяцев, где им выполнялось данное исследование. Исследуя качественный показатель тимпанограммы (тип кривой А по Jerger) получены следующие данные: через 3 недели – 23,3%, через 6 недель – 56,7%, через 9 недель – 83,3%, через 6 месяцев – 93,3%.

Нами были проведены расчеты медианы (Me) и интерквартильного интервала (значения 25 и 75-го перцентилей) для переменных P, а также рассчитан критерий Вилкоксона. Подробные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. – Показатели Me, 25 и 75-го перцентилей, p – критерий Вилкоксона для переменной P у пациентов группы 1

№	Me, 25 и 75-го перцентили				
	P1	P2	P3	P4	P5
1	-266 (-300; -200)	-144 (-206; -70) p=0,003	-45 (-105; -27) p=0,008	-33 (-50; -21) p=0,002	-17 (-27; -6) p=0,002

Группу наблюдения № 2 составили 16 пациентов (30 ушей или единиц наблюдения) с острой формой экссудативного среднего отита. Пациенты женского пола – 12 (75%), мужского – 4 (25%). Средний возраст пациентов был $5,3 \pm 0,2$ года. Возрастное распределение пациентов: от 3 до 5 лет – 12 (75%), от 6 до 10 – 3 (18,7%), от 10 до 18 – 1 (6,3%). Характер предьявляе-

мых жалоб идентичен с первой группой наблюдения, как и продолжительность заболевания. У 14 (87,5%) пациентов установлен двусторонний процесс, у 2 (12,5%) – односторонний. Сопутствующие заболевания выявлены у 12 (75,1%) из них. У всех пациентов отмечено нарушение вентиляционной функции СТ разной степени до начала лечения, тимпанометрия тип В без стапедиального рефлекса. Пациентам данной группы в лечении не назначался ККГМ. Контроль за проведенным лечением осуществляли посредством тимпанометрии. С этой целью пациенты приглашались в клинику через 3, 6, 9 недель и 6 месяцев, где им выполнялось данное исследование. Исследуя качественный показатель тимпанограммы (тип кривой А по Jerger) получены следующие данные: через 3 недели – 3,3%, через 6 недель – 26,7%, через 9 недель – 56,7%, через 6 месяцев – 73,3%.

В таблице 2 приведены расчеты медианы (Me) и интерквартильного интервала (значения 25 и 75-го перцентилей) для переменных Р группы 2, а также рассчитан критерий Вилкоксона

Таблица 2. – Показатели Me, 25 и 75-го перцентилей, p – критерий Вилкоксона для переменной Р у пациентов группы 2

№	Me, 25 и 75-й перцентили				
	P1	P2	P3	P4	P5
2	-300 (-300; -280)	-202 (-230; -150) p=0,002	-124 (-160; -50) p=0,003	-45 (-86; -7) p=0,001	-30 (-48; 5) p=0,004

Результаты. Сравнение значений результатов лечения пациентов по качественному признаку в группах с ЭСО (1 и 2) проводили с помощью критерия Фишера (таблица 3).

Таблица 3. – Критерий Фишера групп 1 и 2 в разные сроки наблюдения

Результат (тимпанограмма тип А)	До лечения N=30	3 нед. N=30	6 нед. N=30	9 нед. N=30	6 мес. N=30
Группа 1	0	7	17	25	28
Группа 2	0	1	8	17	22
Критерий Фишера	–	p=0,026	p=0,017	p=0,023	p=0,04

Согласно приведенным выше данным, появление тимпанограммы тип А, а значит и восстановление вентиляции структур среднего уха, во всех сроках наблюдения у пациентов в группе 1 шло быстрее на 20%, чем в группе 2 (p<0,05 – критерий Фишера).

Для сравнения двух групп (1 и 2) по величине изменения Р в разные сроки наблюдения применялся U-критерий Манна-Уитни (таблица 4).

Таблица 4. – Сравнение изменения показателя Р в группах 1 и 2 в разные сроки наблюдения (U-критерий Манна-Уитни)

№	До лечения P1	3 нед. P2	6 нед. P3	9 нед. P4	6 мес. P5
Группа 1	-266 (-300; -200)	-144 (-206; -70)	-45 (-105; -27)	-33 (-50; -21)	-17 (-27; -6)
Группа 2	-300 (-300; -280)	-202 (-230; -150)	-124 (-160; -50)	-45 (-86; -7)	-30 (-58; 5)
U-критерий Манна-Уитни	p=0,14	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

До начала лечения у пациентов в группах 1 и 2 статистически значимого различия по показателю Р тимпанограмм не выявлено ($p > 0,05$). При дальнейшем наблюдении в группах (3, 6 и 9 недель, 6 месяцев) были установлены достоверные различия ($p < 0,05$ – U-критерий Манна-Уитни) показателя Р тимпанограмм.

Выводы: Применение комплекса кинезиотерапии мышц глотки способствует восстановлению вентиляционной функции слуховой трубы, в наиболее более короткие сроки, что является профилактикой перехода заболевания в хроническую форму и возникновения тугоухости ($p < 0,05$ – критерий Фишера; $p < 0,05$ – U-критерий Манна-Уитни).

Литература

1. Александрова, Н. П. Респираторная функция мышцы глотки / Н. П. Александрова // Успехи физиол. наук. – 2006. – № 3. – С. 11–24.
2. Бонев, Л. Руководство по кинезиотерапии / Л. Бонев [и др.] ; под ред. П. Слычева, Л. Бонева, С. Банкова ; пер с болг. О. Колачевой. – София : Медицина и физкультура, 1978. – 358 с.
3. Завадский, А. В. Пневмомиографический метод исследования функций мышц слуховой трубы и опыт применения кинезиотерапии мышц глотки у больных хроническим гнойным средним отитом / А. В. Завадский // Вест. оториноларингологии. – 1980. – № 3. – С. 43–47.
4. Метод кинезиотерапии глоточных мышц при заболеваниях среднего уха : инструкция по применению № 117–1013 : утв. М-во здравоохранения Респ. Беларусь 29.11.2013 г. / Грод. гос. мед. ун-т ; сост.: О. Г. Хоров, Е. Н. Головач, С. Н. Ракова. – Гродно, 2013. – 7 с.
5. Ars, B. (2000) Tympanic membrane retraction pocket. Surgery and observation / B. Ars // 4th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery, Berlin, May 13-18, 2000., Berlin, T. 2., pp. 891-897.

ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ПОЛОСТИ НОСА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Головач Е.Н., Равданович Ю.Л.,
Полонский В.В., Гиль Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Актуальность. В носовой полости местом локализации аденомы чаще всего является слизистая оболочка перегородки (85-90%), но также она может исходить из боковой стенки носа и нижних носовых раковин [1, 2]. Данное новообразование является часто встречаемой опухолью слюнных желез. Несмотря на гистологическое строение и характер роста опухоли, характерные для доброкачественного процесса, плеоморфной аденоме присущ признак рецидивирования – 92,9% рецидивов имеют многоузловой характер. Плеоморфные аденомы имеют склонность к малигнизации. Переход ее в злокачественную опухоль отмечается у 2–5 % пациентов.

Данное образование может возникнуть в любом возрасте, но преимущественно встречается в возрастной группе 20–50 лет. Чаще развивается у лиц женского пола, соотношение выявления опухоли у мужчин и женщин 1:1,7 [3].

Цель. Провести анализ клинического случая редко встречающейся опухоли полости носа.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе оториноларингологического гнойное отделение для взрослых УЗ «Гродненская университетская клиника, 2019г. В отделение поступил пациент О. (27 лет, мужчина) с диагнозом новообразование полости носа слева. Из анамнеза известно, что пациента беспокоят жалобы на деформацию носа и затруднение носового дыхания слева длительное время (около 10 лет). При осмотре выявлено, что наружный нос имеет выбухание левого ската носа, спинка носа не изменена. При передней риноскопии: слизистая носа бледно-розовая, новообразование в левой половине полости носа частично obturiruet общий носовой ход, искривление носовой перегородки вправо, носовые раковины отечны. Нарушение зрения, движение глазных яблок и менингеальных симптомов выявлено не было. Шейные лимфоузлы без изменений. Остальные ЛОР-органы без патологии. Основные лабораторные исследования в пределах возрастной нормы.

Пациенту выполнено КТ-исследование околоносовых пазух (рисунки 1-2): в носовой полости слева (передние отделы) визуализируется неправильной формы образование плотностью +40-55НУ достаточно однородно по своей структуре, размером 29×17×21мм, оттесняющее крыло носа и носовую перегородку с выраженным истончением прилежащих костных структур, без достоверных признаков их деструкция. Носовые хода справа несколько сужены за счет умеренно выраженного отека слизистой оболочки.

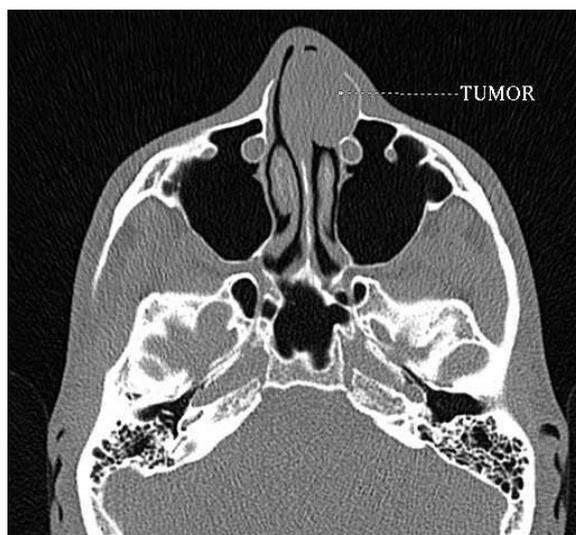


Рисунок 1. – КТ-скан носовой полости пациента О. (аксиальная проекция), на котором визуализируется образование в левой половине носа



Рисунок 2. – КТ-скан носовой полости пациента О. (сагитальная проекция), на котором визуализируется образование носовой полости

После проведения всех необходимых исследований, было решено провести удаления опухоли эндоскопическим методом.

Под наркозом, при помощи эндоскопической техники обнаружено розовое округлое образование, большого размера, на широком основании, исходящее из носовой перегородки (ее костного и хрящевого отделов). Произведена пункция образования – отделяемого не получено. При помощи эндоскопических инструментов и коагулятора опухоль вместе с надхрящницей удалена в пределах видимо здоровых тканей (рисунок 3). Макропрепарат был отправлен на гистологическое исследование. Кровотокащие края раны обработаны коагулятором, выполнена передняя тампонада носа.

В послеоперационном периоде пациент чувствовал себя удовлетворительно: получал антибактериальную терапию, носового кровотечения не было, тампоны удалены из полости носа полностью через 3 дня. Пациент выписан на 8-е сутки после операции.



Рисунок 3. – Опухоль, удаленная из полости носа во время операции, пациент О.

Заключение гистологического исследования № 47450: опухолевое образование представлено разрастанием железистого пролиферирующего эпителия, участками миксоматоза, хондроиды и многослойного плоского ороговевающего эпителия, что более характерно для смешанной опухоли слюнной железы.

Пациент находился под наблюдением врача-оториноларинголога поликлиники по месту жительства, осматривался 1 раз в месяц (плеоморфная аденома может рецидивировать), через 6 месяцев после операции выполнено КТ-исследование околоносовых пазух и полости носа (рисунок 4) – признаков рецидива опухоли не выявлено.



Рисунок 4. – Т-скан носовой полости пациента О. через 6 месяцев после операции, аксиальная проекция

Выводы. Типичной локализацией для плеоморфной аденомы является слюнная железа, в полости носа данное образование чаще всего исходит из слизистой перегородки носа. По мере роста опухоль вызывает возникновение симптомов схожих с другими заболеваниями носа и околоносовых пазух: прогрессирующая заложенность носа, периодические кровотечения из носа. Постановка окончательного диагноза основывается на гистологическом и иммуногистохимическом исследованиях. КТ-исследование носа и околоносовых пазух является обязательным перед выполнением оперативного вмешательства.

Лечением такого типа опухолей является хирургическим (эндоскопическое удаление или открытым доступом). Прогноз для будущего пациента благоприятный, однако, из-за возможности рецидива опухоли, необходимо в течение длительного времени находиться под наблюдением врача.

Литература

1. Gana P, Masterson L. (2008) Pleomorphic adenoma of the nasal septum: a case report. J Med Case Rep., vol. 2, pp. 349.
2. Jassar P, Stafford N, Macdonald A. (1999) Pleomorphic adenoma of the nasal septum. J Laryngol Otol, vol. 113, pp. 483-485
3. Tahlan A, Nanda A, Nagarkar N, Bansal S. (2004) Pleomorphic adenoma of the nasal septum: a case report. Am J Otolaryngol, vol. 25, pp. 118-120.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ

Жолик А.Ю., Хоров О.Г., Хлебинская Е.В.

Гродненская университетская клиника

Актуальность. Число пациентов с тяжелым течением флегмон лица и шеи в последние годы имеет тенденции к снижению. Эта патология приводит к длительной временной нетрудоспособности, а в отдельных случаях и к летальному исходу по причине распространения процесса в средостение и генерализации инфекции.

Цель. Оценить результаты диагностики и лечения одонтогенных и неодонтогенных флегмон шеи у пациентов, находящихся на лечении в УЗ «Гродненская университетская клиника».

Методы исследования. Проведен ретроспективный и проспективный анализ клинических материалов и медицинских карт 19 пациентов гнойного оториноларингологического отделения для взрослых с 2014 по 2019 г. и 54 пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) за 2019 г.

Результаты и их обсуждение. Пациентов мужского пола было 49 (67,1%), женского – 24 (32,9%). Средний возраст пациентов составил 51,8±3,1 лет. Причинами флегмон шеи явились: паратонзиллярный абсцесс – 10 пациентов

(52,6%), ретрофарингеальный абсцесс – 3 (15,8%), абсцесс надгортанника – 2 (10,5%), киста шеи, боковой абсцесс шеи, гнойный лимфаденит и несостоятельность пищеводно-глоточного анастомоза – по 1 случаю (5,3%) соответственно. Оперативное лечение заключалось во вскрытии клетчаточных пространств шеи у всех пациентов. Тонзилэктомия выполнялась в 9 случаях (47,4%), вскрытие паратонзиллярного абсцесса – в 5 (26,3%), вскрытие парафарингеального абсцесса – в 3 (15,8%), вскрытие абсцесса надгортанника и ретрофарингеального абсцесса, трахеостомия по Бьерку – по 2 (10,5%), вскрытие нагноившейся кисты шеи, заглоточного абсцесса, торакотомия и вскрытие средостения, плеврэктомия, дренирование плевральной полости – по 1 (5,3%). Большинству пациентов назначались цефалоспорины 3 поколения, метронидазол, фторхинолоны – 6 (31,6%), антибиотики резерва – 3 (15,9%). Из всех проанализированных случаев 1 летальный – флегмона подчелюстной области, осложненная медиастинитом.

Выводы. Основной причиной неондонтогенных флегмон шеи явился паратонзиллярный абсцесс (52,6%). Профилактическое лечение в виде своевременной санации полости рта и профилактическое лечение хронических тонзиллитов имеют важное значение.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. ДЕСМОИДНАЯ ФИБРОМА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Загоровская О.В., Никита Е.И., Равданович Ю.Л., Хоров О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Актуальность. Согласно классификации опухолей мягких тканей и костей (ВОЗ, 2002) десмоидная фиброма отнесена к фибробластическим опухолям и занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными новообразованиями. Частота составляет 2–4 случая на 1 млн человек в год и не более 0,01–0,03% среди всех опухолей мягких тканей [2]. Десмоидная фиброма – опухоль, которая не метастазирует, однако склонна к агрессивному локальному росту и частому рецидивированию.

В зависимости от локализации десмоиды подразделяются на абдоминальные, располагающиеся на передней брюшной стенке, интраабдоминальные – опухоли забрюшинного пространства, экстраабдоминальные – опухоли области туловища и конечностей и мультифокальные – множественные опухоли различной локализации. Десмоиды в области головы и шеи встречаются в 7-15% случаев среди взрослого населения и 25-33% случаев у детей [1], однако в полости носа и околоносовых синусах эта опухоль встречается

крайне редко. В 1995 г Douglas и соавт. было проведено ретроспективное исследование 25 случаев десмоидной фибромы полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Ими получены следующие результаты: верхнечелюстные пазухи были поражены чаще всего у 22 пациентов, полость носа – 5 пациентов, решетчатый лабиринт – 4, орбита – 4, основная пазуха – 2, фронтальная пазуха – 2, носоглотка – 1.

Десмоидные фибромы встречается у представителей обоих полов, но чаще у женщин. Соотношение по разным источникам от 8:1 до 2:1, в возрасте 15-60 лет, пик заболеваемости – 35-40 лет, однако может встречаться в любом возрасте.

В происхождении опухоли играют роль генетические, гормональные и физические факторы, в частности травма [3].

Однако ввиду того что это редкая патология соединительной ткани, нет достоверных данных о точном этиопатогенезе опухоли и вариантах лечения. Лечение больных с десмоидными фибромами до сих пор дискутируется, поскольку нет обобщенных ретроспективных исследований для сравнения различных вариантов лечения. Для лечения используются хирургический метод, лучевая терапия, химиотерапия, гормональная терапия и их комбинации, нестероидные противовоспалительные средства, иммунотерапия и ряд других методов. В связи с этим постоянно ведутся поиски новых схем лечения агрессивного фиброматоза и в настоящее время общепринятый алгоритм отсутствует.

Цель. Ввиду достаточно низкой частоте развития десмоидных опухолей в популяции, крайне редкой локализацией опухоли в полости носа, отсутствием информации в литературных источниках, приводим наше наблюдение на основе описания клинического случая развития десмоида полости носа.

Методы исследования. Нами описан клинический случай десмоидной фибромы полости носа и околоносовых пазух.

Результаты и их обсуждения. Пациентка С., 43 лет, поступила в оториноларингологическое отделение для взрослых УЗ «Гродненская университетская клиника» в феврале 2020 года с жалобами на затруднение носового дыхания в течение 4 лет, смещение левого глазного яблока. Из анамнеза заболевания выяснилось, что в 2016 году по месту жительства была произведена полипотомия левой половины носа. 15 мая 2018 г. выполнена компьютерная томография лицевого черепа, согласно заключению выявлены признаки образования лобной пазухи с деструктивными изменениями решетчатой кости, верхнемедиальной стенки левой глазницы, верхнечелюстной пазухи слева, полости носа слева. От хирургического лечения пациентка отказалась. В декабре 2019 г. находилась на стационарном лечении по месту жительства, где была выполнена биопсия образования полости носа слева, получено гистологическое заключение: мелкие фрагменты фиброзно-сосудистой и железистой ткани, вероятно, фрагмент инвертированной папилломы. При повторном компьютерном исследовании лицевого черепа 2 декабря 2019 года согласно заключению исследования – без динамики в сравнении с 2018 г.

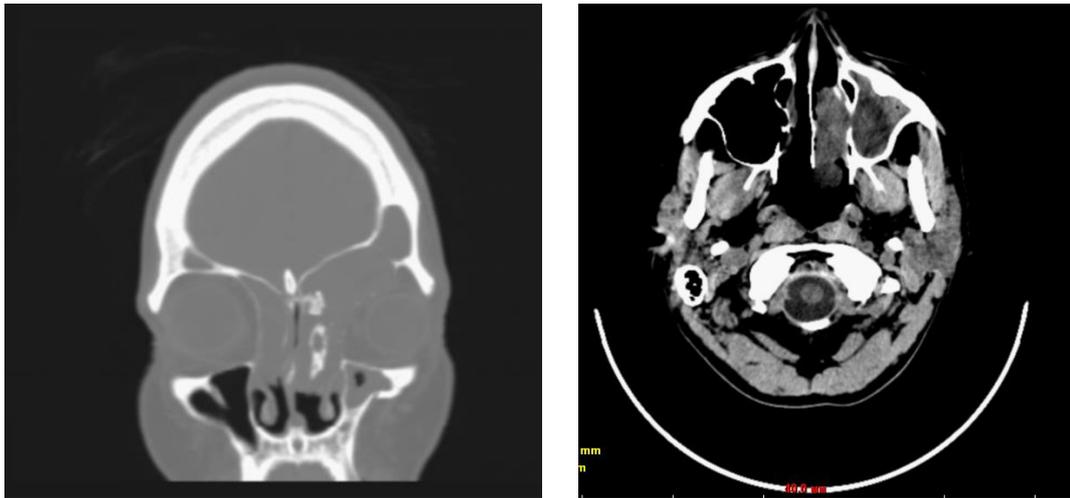


Рисунок – КТ-снимки при поступлении

При поступлении в стационар проведена передняя риноскопия: в полости носа слева – полипозная ткань, которая полностью перекрывает просвет, справа – на 1/3. Пациентка осмотрена окулистом: экзофтальм со смещением книзу, кнаружи левого глаза. Нисходящая атрофия зрительных нервов обоих глаз.

Пациентке проведено хирургическое лечение. В ходе операции выявилось разрушение орбитальной стенки лобной пазухи, а также дефект в направлении решетчатого лабиринта, патологической тканью заполнены обе лобные пазухи, решетчатый лабиринт слева и левая орбита со смещением глазного яблока и вовлечением в патологический процесс мышц левой орбиты. Все патологически измененные ткани удалены, выполнена передняя тампонада носа. Послеоперационный период протекал без особенностей. Гистологическое послеоперационное заключение: фрагменты полипозно-измененной слизистой с воспалительной инфильтрацией и фиброзно-сосудистой тканью, что с учетом клинических данных и пролиферации соединительнотканых клеток можно трактовать как фиброматоз десмоидного типа. На тринадцатые сутки после операции пациентка выписана на амбулаторное лечение. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, экзофтальм левого глаза несколько уменьшился, подвижность глазного яблока сохранена. Учитывая характер и локализацию патологического процесса, данная пациентка нуждается в длительном динамическом наблюдении. Это обусловлено в первую очередь высоким риском послеоперационного рецидивирования по данным литературы. При возникновении рецидива – разработка совместно с онкологом возможной индивидуальной схемы лечения с использованием других методов в дополнении к хирургическому: лучевой и химиотерапии.

Выводы. Данный клинический случай представляет интерес тем, что десмоидная фиброма полости носа и околоносовых пазух являются крайне редкой опухолью ЛОР-органов. Однако ввиду местнодеструктирующего агрессивного роста и локализации вблизи важных анатомических структур, таких как глазница, передняя черепная ямка и основание черепа, является крайне

опасной для здоровья и жизни пациента. Также необходимо обратить внимание на послеоперационное ведение пациентов с десмоидными фибромами с использованием методов РКТ и эндоскопии для раннего обнаружения рецидивов опухоли и своевременного их лечения.

Литература

1. Bames, L. Surgical pathology of the head and neck / L. Bames // New York: Dekker, 1985. P. – 769–77.
2. Reitamo, J.J., Hayry, P., Nykyri, E., Saxen, E. The desmoid tumor. Incidence, sex, age, anatomical distribution in the Finnish population / J.J. Reitamo, P. Hayry, E. Nykyri, E. Saxen // Am J ClinPathol, 1982. Vol. – 77 (6). – P. 665–673.
3. Teixeira, L.E., Arantes, E.C., Villela, R.F., Soares, C.B., Costa, R.B., Andrade, M.A. Extra-abdominal desmoid tumor: Tocal recurrence and treatment options / L.E Teixeira, E.C. Arantes, R.F. Villela, C.B. Soares, R.B. Costa, M.A. Andrade // ActaOrtop Bras 24, 2016. – P. 147–150.

ИЗМЕНЕНИЯ pH-РЕАКЦИИ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА И АКТИВАЦИЯ БЕЛКА VP1 У ПАЦИЕНТОВ С ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИТУАЦИИ С ПОВЫШЕННОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ

Кацер А.Г., Ракова С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Гомеостаз в верхних дыхательных путях, как и в любом органе и системе нашего организма, поддерживается путем неизменности качественных и количественных свойств его секретов. Известно, что pH носового секрета является простым и быстрым способом определения воспалительных заболеваний носа и ОНП. Оценка функционального состояния слизистой оболочки полости носа является перспективным направлением для изучения ранней диагностики и лечения различных форм воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

Цель. Исследование водородного показателя секрета слизистой носа у детей с ЛОР-заболеваниями в ситуации с повышенной вирусной нагрузкой (COVID-19)

Материалы и методы. В исследуемой группе 30 детей с вирусной инфекцией и присоединившимся бактериальным агентом 5-13 лет (1-я детская поликлиника, детское оториноларингологическое отделение УЗ ГОКБ, 2-я детская поликлиника), которые впервые обратились за медицинской помощью по поводу данного заболевания в марте-апреле-мае 2020 года и ранее самостоятельно не лечились. В контрольной группе 35 детей (5-8 лет – 15, 8-12 лет – 20) с острым верхнечелюстным синуситом, находившихся на лечении в марте-апреле-мае 2019 года в 1-й детской поликлинике, детском

оториноларингологическом отделении ГУЗ ГУК, 2 детской поликлинике). Проводилось исследование тест-полосками (рег. уд. МЗ РБ № ИМ-7.4739/1202).

Результат. В контрольной группе при нарастании клинических проявлений заболевания среда окислялась (рН 6), после стандартного лечения и санации очага наступало клиническое выздоровление рН 8-9, среда ощелачивалась, спустя 2-3 недели водородный показатель нормализовался (7-7.4). В исследуемой группе при нарастании клинических проявлений заболевания среда имела рН 8-9, что говорило об резком изменении в щелочную сторону, образовании напряженного иммунитета и косвенно указывало на ускоренную активацию белка ВРІР.

Выводы. Установлено, что при одинаковых условиях в одинаковое время года пациенты, получающие аналогичную схему лечения, имели разные цифры рН на одинаковых этапах лечения и длительность нахождения на учете по данному заболеванию в исследуемой группе была меньше на 2-3 дня. Таким образом, в условиях высокой вирусной нагрузки, рН назального секрета пациентов ощелачивается, активация белка ВРІР происходит быстрее, образование напряженного иммунитета способствует более эффективной ликвидации бактериального агента, скорейшему выздоровлению и возвращению цифр рН к норме.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Кацер А.Г., Ракова С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность: Несмотря на достигнутые успехи в борьбе за снижение заболеваемости и смертности детского населения, заболевания ЛОР-органов в наше время остаются распространенными, характеризуются своеобразными проявлениями и тяжестью течения. Оптимальная концентрация рН секрета носовой полости важна для сохранения бактерицидных свойств слизи, активации ресничек мерцательного эпителия, тонуса сосудов слизистой оболочки полости носа и имеет определенное значение в обеспечении защитной и дыхательной функций носа. В секрете слизистой оболочки содержится ряд неспецифических и специфических (белок ВРІР) защитных факторов, способствующих обезвреживанию и удалению микроорганизмов. Благодаря деятельности тех и других факторов происходит нейтрализация вирусов, токсинов, лизис бактерий. Выработка слизистой оболочкой секрета один из основных защитных механизмов респираторного тракта.

Цель. Проанализировать отдаленные результаты водородного показателя у детей из выбранных групп, заболеваемость, обращаемость к врачам по городу Гродно и Гродненской области, определить прогностические факторы, которые влияют на результаты, дать сравнительную оценку результатам лечения детей без внутриутробной патологии в сравнении с теми, кто родился в условиях гипоксии или внутриутробной инфекции, с возможной в последующем разработкой методов скрининга и профилактики.

Материалы и методы: Проведено обследование 22 новорожденных (1-7 дней) на базе обсервационного и физиологического отделения УЗ ГКБСМП г. Гродно с использованием индикаторной полоски. Исследование тест-полосками (рег. уд. МЗ РБ № ИМ-7.4739/1202). Нами произведен анализ амбулаторных карт пациентов по обращаемости к оториноларингологам и педиатрам по месту жительства в течении 2 лет.

Результаты: Всего нами было обследовано 22 ребенка 1-7 дня от рождения. У детей, у которых была обнаружена внутриутробная инфекция (7) или внутриматочная гипоксия (6) и чей pH при рождении был отличный от нормы, покачали частую заболеваемость в первые 2 года жизни (патология ВДП от 4 до 16 раз).

Вывод. pH-метрия при рождении – возможный метод скрининга и прогнозирования заболеваний верхних дыхательных путей у новорожденных наряду с другими факторами риска, а активация белка ВРІР – один из методов профилактики.

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кучинская Т.Б., Головач Е.Н.

Гродненская университетская клиника

Актуальность. Относиться к аудиологическому скринингу следует серьезно, ведь наиболее эффективно нарушения слуха у деток поддаются коррекции в первые полгода жизни. Именно возможность слышать звуки впоследствии определяет способность понимать речь и учиться разговаривать.

Несвоевременно выявленные патологии могут приводить к трудностям восприятия речи, нарушению формирования слуховых и речевых центров мозга, вот почему важно не пренебрегать этим обследованием и его результатам.

Цель. Объяснить, что такое аудиологический скрининг, в чем его суть и как он проводится.

Методы исследования. Аудиологический скрининг — самая ранняя проверка слуха у малыша. Она проводится еще в роддоме, на 3-4 сутки после появления его на свет, недоношенным детям перед выпиской из стационара.

Особенно важно исследование слуха у недоношенных деток и малышей с соматическими заболеваниями, так как у них достаточно высок риск возникновения нарушений слуха и слуховой нейропатии. Электроакустический зонд с миниатюрным телефоном и высокочувствительный микрофоном (акустический зонд, на который надевается ушной вкладыш) герметично вводят в наружный слуховой проход ребенка, находящегося в спокойном состоянии. Зонд подсоединен к прибору для регистрации ОАЭ (отоакустической эмиссии). Этот прибор выполняет две функции: подача звуковых импульсов разной частотности и регистрация отоакустической эмиссии. Что такое ОАЭ? Это звук, который генерируют волосковые клетки улитки (рецепторы слуховой системы). В ухо последовательно посылаются два сигнала разной частоты, а монитор прибора фиксирует реакцию рецепторов. Каждое ухо диагностируется поочередно.

Результаты. Результат (refer) ОАЭ, означает, что прибор не выявил колебаний волосковых клеток, из чего следует, что есть нарушение слуха. Ребенок с таким результатом должен получить направление к сурдологу для дальнейшей коррекции слуха, но паниковать в любом случае не стоит – результат «Подлежит направлению» не обязательно значит, что у ребенка тугоухость и другие проблемы со слухом. Часто случается, что при повторном обследовании никаких патологий не обнаруживается. Нередко отрицательный результат при первом аудиологическом скрининге может возникнуть из-за родильных масс, которые еще не успели выйти из ушных проходов малыша или по ряду других причин. Дети с положительной ОАЭ (pass) расцениваются как нормально слышащие.

Выводы. Ранняя проверка слуха дает возможность: определить наличие нарушения слуха. Выявить степень и уровень потери слуха. Своевременная диагностика позволяет применить различные методы протезирования, что способствуют возвращению слуха, а значит, не задерживают речевое и умственное развитие ребенка.

АППАРАТНЫЙ АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2007-2018 ГОДАХ

Марцуль Д.Н., Хоров О.Г., Ракова С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Единственным эффективным методом раннего выявления патологии слухового анализатора, уже внедренным во многих странах мира является программа аудиологического скринингового обследования слуха у новорожденных. В Гродненской области первые скрининговые

исследования новорожденных датированы 2007 годом, с 2008 года программа начала внедряться в Республике Беларусь.

Цель. Целью настоящего исследования был анализ отдаленных результатов опыта внедрения и реализации аудиологического скрининга новорожденных в Гродненской области в 2008-2018 годах.

Методы исследования. Для проведения анализа были использованы статистические отчеты за этот период, истории болезни и амбулаторные карты пациентов, состоящих на учете в центре патологии слуха и речи Гродненской областной клинической больницы за 2007-2018 годы.

Результаты и обсуждение. По результатам анализа при относительно стабильном показателе родившихся живыми детей (от 10997 в 2017 году до 13202 в 2016 году) отмечаются стабильно высокие цифры прошедших анкетный этап скрининга детей (от 95% в 2008 году до 98,5% в 2017 году). В то же время по сравнению с 2008 годом, когда тест ОАЭ прошло только 766 детей (6,6%), в 2017 году этот показатель составил 10830 детей (98,48%). В области выполнено более 100 высокотехнологичных операций по установке кохлеарных имплантов. Однако имеются проблемы с формированием подменного фонда аппаратуры для проведения скрининга, нет четкого взаимодействия с учреждениями системы образования по тактике слухоречевой реабилитации, остается актуальной проблема согласия на операцию глухонемых родителей по установке у их детей кохлеарных имплантов в случае выявления патологии.

Выводы. Аппаратный аудиологический скрининг новорожденных – эффективный метод выявления патологии слухового анализатора на ранних стадиях. Однако остаются нерешенными проблемы, связанные с его технической и организационной поддержкой. Авторы предлагают ввести общереспубликанский анализ отдаленных результатов (в том числе и речевых навыков) пациентов после кохлеарной имплантации.

АППАРАТНЫЙ АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ «ПЕТРАЛЕКС»

Марцуль Д.Н., Хоров О.Г., Никита Е.И., Головач Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Снижение слуха является актуальной проблемой в современном обществе. Последние результаты показывают, что распространенность потери слуха у детей школьного возраста составляет от 11,3% до 14,9%. В мировой литературе имеются данные о внедрении скрининговых программ детей школьного возраста, которые предусматривали использование специального оборудования, что затрудняло его внедрение в повседневное

использование. По-прежнему остается актуальной и не решена проблема доступности скрининга.

Цель. Целью настоящего исследования была разработка этапа скрининга детей младшего школьного возраста для выявления лиц с нарушением слуха с использованием программного обеспечения для смартфонов «Petralex» на основе опыта внедрения и использования аудиологического скрининга новорожденных в Гродненской области в 2008-2018 годах.

Методы исследования. Для проведения аппаратного аудиологического скрининга детей младшего школьного возраста была использована программа «Petralex», разработанная специалистами УО «БГУИР» и адаптированная к использованию на кафедре оториноларингологии УО «ГрГМУ» в рамках заключенного договора о сотрудничестве.

Результаты и обсуждение. За период с 1 сентября по 31 декабря 2018 года выполнено 450 скрининговых аудиологических исследований слуха (900 ушей) в учреждениях образования г. п. Зельва и в УО «СШ № 23 г. Гродно».

Выявлено 42 ребенка с подозрением на патологию слухового анализатора. Общий процент детей с подозрением на патологию слухового анализатора составил 9,33%. Наибольшее количество выявленных детей с подозрением на патологию слухового анализатора приходится на 1 классы школ (17,8% от всего количества обследуемых). Патология слухового анализатора была подтверждена специалистами у 23 детей (54,8%).

Выводы. Достигнуты сопоставимые с другими авторами результаты специфичности и чувствительности аппаратного аудиологического скрининга, при этом преимуществом данного метода являются его дешевизна и доступность для применения на любом современном смартфоне.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Никита Е.И., Хоров О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди причин, вызывающих нарушения голосового аппарата наибольший удельный вес занимают хронические ларингиты, составляющие 8,4% от всей патологии ЛОР-органов [1]. Пик заболеваемости отмечается у наиболее трудоспособных лиц, средний возраст которых составляет 40-55 лет. Соотношение мужчин и женщин, страдающих этим заболеванием, находится в пропорции 2:1. Хронический ларингит является социальной проблемой, поскольку гортань участвует в голосообразовании и дыхании, поэтому ее дисфункция приводит к затруднению речевого общения, стойкой потере трудоспособности, вплоть до профнепригодности [4].

Этиологическими факторами развития хронического ларингита является длительное воздействия холодного или горячего воздуха, курение и употребление алкоголя, контакт с пылью, токсическими веществами, а также неправильное пользование голоса и длительное перенапряжение голоса [2, 3]. Немаловажная роль отводится вирусной, бактериальной и грибковой микрофлоре. Нельзя считать микробный агент единственным этиологическим фактором в развитии хронического воспалительного процесса в гортани. Трудно определить, что явилось первичным: воспаление, вызванное изменением биоценоза слизистой оболочки гортани, или присоединение микрофлоры при наличии хронического воспаления в гортани. Так как кровообращение в тканях гортани относительно скудное, воспалительные процессы не сопровождаются интоксикационным синдромом, что приводит к позднему обращению за медицинской помощью. Выраженные воспалительные изменения в гортани могут маскировать неопластические процессы, что затрудняет их своевременную диагностику.

Основным методом визуализации гортани является непрямая ларингоскопия, но иногда полноценный осмотр затруднен ввиду сложного анатомического строения гортани. Использование современных инструментальных методов диагностики затрудняет массовые обследования в силу своей трудоемкости и дороговизны. Многообразие клинических проявлений воспалительных, предопухолевых и опухолевых заболеваний гортани, значительное сходство их ларингоскопических картин, а также сложности при гистологическом толковании процесса затрудняют дифференциальную диагностику этих заболеваний. Неверная интерпретация ведет к не правильному и неэффективному лечению, что способствует хронизации воспаления в гортани и развитию злокачественной трансформации с формированием неопластических процессов.

Учитывая полиэтиологичность данного заболевания, отсутствие единого взгляда на патогенез, склонность к рецидивированию, а в отдельных случаях и к малигнизации процесса единого подхода к лечению хронического ларингита не выработано. Современные методы лечения гиперпластических процессов гортани весьма разнообразны и могут быть подразделены на несколько больших групп консервативные, хирургические и комплексные методы. В некоторых случаях для достижения ремиссии и у пациента достаточно скорректировать образ жизни и отказаться от вредных привычек, в других случаях эффективными являются интраназальные вливания с антибиотиками и глюкокортикоидами и физиотерапевтическим воздействиям в виде ингаляций. Однако проводимое лечение в большинстве случаев или не оказывает должного эффекта, или же в ближайшее время возникает рецидив гиперплазии голосовых складок.

В настоящее время единственным применяемым на практике методологическим подходом скрининга пациентов групп риска является определение степени дисплазии ларингеального эпителия. Практическое исполнение такого подхода сопряжено с трудностями, в частности, с проблемой регулярного получения ткани слизистой оболочки гортани и в большой степени

зависит от профессиональных навыков врача патоморфолога. Однако наличие очагов дисплазии в эпителии гортани недостаточно для включения пациента в группу онкологического риска, поскольку неоднородность диспластических изменений внутри подгруппы не позволяет адекватно определить сроки динамического наблюдения.

Цель. Доказать значимость использования прямой ларингоскопии с обязательной прицельной биопсией у пациентов с хроническим ларингитом, как наиболее обоснованного метода диагностики состояния ларингеального эпителия

Материалы и методы. В исследование включен анализ медицинской документации 180 пациентов, поступивших в оториноларингологическое отделение в период с 2014 по 2019 года с патологией гортани.

Результаты исследований. Всем пациентам было проведено консервативное лечение. При отсутствии эффекта от консервативного лечения или при неудовлетворительной ларингоскопической картине, выполнялась прямая ик-роларингоскопия с прицельной биопсией. Особое внимание мы уделили группе пациентов, которым проводился забор биопсийного материала. В эту группу вошел 31 человек. В результате при гистологическом исследовании было выявлено 7 случаев злокачественной опухоли, и 24 случая доброкачественных новообразований, дискератозов и дисплазий. Из них в 3 случаях – ангиофиброма, 4 – фиброма, 3 – фиброзный полип, 1 – болезнь Рейнке, 1 – ангиопапиллома, 3 – певческие узелки, 9 – хроническое воспаление с дисплазией различной степени выраженности. Из этого следует, что микроскопически болезнь часто более обширна, чем клинически очевидна. Поэтому данных пациентов следует рассматривать в качестве группы онкологического риска, что требует регулярного клинико-эндоскопического наблюдения с забором материала для морфологического исследования.

Выводы: 1. При ларингоскопически относительно неизменной слизистой оболочки гортани, в большинстве случаев у пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом выявляются предопухолевые изменения различной степени выраженности.

2. Выполнение прямой микроларингоскопии с обязательным забором биопсийного материала и определением степени дисплазии ларингеального эпителия, является в настоящее время единственным на практике методологическим подходом скрининга пациентов групп риска.

Литература

1. Немых, О. В. Хронический ларингит: принципы патогенетического лечения : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.04 / О. В. Немых ; ГОУ ВПО Санкт-Петербургский гос. мед. университет им. академика И.П. Павлова. – М., 2008. – 23 с.
2. Bohlender, J. Diagnostic and therapeutic pitfalls in benign vocal fold diseases / J. Bohlender // *Laryngo Rhino Otol.* – 2013. – Vol. 92(01). – P. 239–257.
3. Martins, R., Defaveri, J., Domingues, M., de Albuquerque e Silva, R. Vocal polyps: clinical, morphological, and immunohistochemical aspects / R. Martins, J. Defaveri, M. Domingues, R. de Albuquerque e Silva // *Journal of Voice.* – 2011. – Vol. 25(1). – P. 98–106.
4. Pickhard, A., Reiter, R. Benigne Stimmlippentumore / A. Pickhard, R. Reiter // *Laryngo Rhino Otol.* – 2013. – Vol. 92(05). – P. 304–312.

АКУПУНКТУРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАНОВЫХ ВНУТРИГОРТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Однокозов И. А., Черныш А. В.

Гомельская областная клиническая больница

Актуальность. Одним из определяющих критериев эффективности разных методов анестезии является оценка качества жизни. Возможность проведения внутригортанных хирургических операций без применения местных анестетиков, лекарственных средств для премедикации и наркоза актуальна, в том числе, и из-за увеличения числа пациентов с аллергическими реакциями.

Цель исследования: сравнение качества жизни пациентов до и после внутригортанных операций под местной и акупунктурной анестезией.

Методы исследования. Для оценки эффективности анестезии при плановых внутригортанных хирургических операциях, проводимых классическим способом по поводу узелков, полипов и кист обследовано две группы пациентов. В первую группу (n=5) вошли пациенты, прооперированные под местной анестезией с применением р-ралидокаина 10%, во вторую (n=3) – под акупунктурной анестезией. Для оценки качества жизни, все пациенты заполняли уже использованный ранее в Республике Беларусь опросник SF-36[1] до оперативного вмешательства и через день после хирургической операции. Опросник содержит 8 концепций – шкал здоровья для определения физической, психической и социальной сфер жизнедеятельности человека. Акупунктурная анестезия проводилась индивидуально на основании обобщенных данных советских ученых [2] и собственного опыта.

Результаты и их обсуждение. Исходные параметры качества жизни, зафиксированные перед выполнением внутригортанных операций в группах, статистически не различались, $p > 0,05$. При анализе показателей качества жизни у пациентов при местной анестезии по всем изучаемым параметрам опросника SF-36, по сравнению с группой пациентов, прооперированных под акупунктурной анестезией, значимых различий также не было выявлено $p > 0,05$.

Выводы: 1. При плановых внутригортанных хирургических операциях не обнаружено статистически значимых отличий на качество жизни пациентов местной и акупунктурной анестезий.

2. У пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом и в других случаях возможно проведение внутригортанной хирургической операции с применением только акупунктурной анестезии.

Литература

1. Саливончик, Е. И. Оптимизация хирургического лечения пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 / Е.И. Саливончик ; ГУО «БелМАПО». – Минск, 2016. – 23 с.

2. Староверов, А. Т. Иглотерапия в анестезиологии и реаниматологии / А. Т. Староверов, Г. Н. Барашков. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1985. – 224 с.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА

Плавский Д.М., Якименко С.Ю., Бабицкая А.В.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника»

Актуальность. По данным ВОЗ число врожденных пороков развития уха в последние годы не уменьшилось. Выделяют ряд тератогенных факторов, влияющих на развитие пороков уха: экзогенные, биологические, психогенные, эндогенные.

Цель: оценка эффективности хирургического лечения пороков развития уха путем выполнения реконструктивной отопластики.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находился 17 пациентов с ВПР уха в возрасте от 7 до 32 лет. Существует две наиболее используемые методики реконструктивной отопластики: по R.C. Tanzer - B. Brent и по S. Nagata. Мы использовали технику R.C. Tanzer - B. Brent, включающую: создание каркаса ушной раковины и ее размещение; поворот мочки в нужную позицию; приподнятия реконструированной ушной раковины и создание позадиушной борозды; углубление раковины и создание козелка.

Результаты. С бригадой детских или торакальных хирургов первым этапом мы выполняли забор хрящевого трансплантата реберной дуги, противоположной отсутствующему уху. Из хрящевого фрагмента формировали каркас ушной раковины по макету нормально сформированного уха и имплантировали его подкожно в область, где должна была быть сформирована ушная раковина. Через 2,5-3 месяца выполняли пересадку свободного кожного лоскута для формирования задней поверхности ушной раковины. Заключительным этапом было формирование анатомических элементов наружного уха. Мы выполнили трехэтапную отопластику по Брэнту 17 пациентам. В послеоперационном периоде ушная раковина была сформирована правильно и находилось в соответствии к другим анатомическим ориентирам.

Выводы:

1. У пациентов, которым выполнялась трехэтапная реконструктивная отопластика, удалось сформировать отсутствующую ушную раковину и различные ее анатомические структуры (козелок, противозавиток, мочка).
2. Использование различных модификаций методов Brent и Nagata для реконструкции ушной раковины при пороках ее развития позволяет получить положительный психоэмоциональный результат у пациента.
3. Прогнозирование конечного результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТУБОТИМПАНАЛЬНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Плавский Д.М., Бруханская Ю.Н., А.В. Григолец

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Актуальность. Хронический гнойный средний отит занимает ведущее место в структуре ЛОР-патологии. Наличие перфорации барабанной перепонки является причиной снижения слуха и постоянной угрозой повторного обсеменения слизистой оболочки барабанной полости и клеток сосцевидного отростка, что может приводить к развитию стойких нарушений.

Цель. Оценить результаты первичной тимпаноластики при обширных дефектах барабанной перепонки у пациентов с хроническим туботимпанальным средним отитом за период 01.01.2013 – 31.12.2015 годы.

Материалы и методы. В исследование было включено 150 пациентов с хроническим туботимпанальным средним отитом, которым было выполнено хирургическое вмешательство по закрытию обширной перфорации барабанной перепонки. Критерием включения пациентов в исследование был срок после выполнения операции, составлявший не менее 36 месяцев. Среди пациентов было 70 (46,6%) женщин, 80 (53,4%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 37,8 года. 87 (58%) пациентов указывали на возникновение заболевания с детства. Средняя продолжительность заболевания составила 7,6 года. Консервативное лечение до операции в связи с обострением заболевания получали 106 пациентов (70,7%). Обострения заболевания в виде гноетечения уха при поступлении в стационар у пациентов не было. 52 пациентов (34,6%) выделения из уха не беспокоили в течение 6 и более месяцев до поступления в клинику.

Техника операции. Все операции были выполнены под общим эндотрахеальным наркозом. У всех пациентов мы применяли заушный доступ. Наш опыт, а также опыт ряда ведущих отологов показывает, что такой доступ дает максимальные возможности для визуализации переднего края перфорации, располагающейся у передней стенки наружного слухового прохода, и не ограничивает действий хирурга по подготовке этой области к трансплантации материала для закрытия перфорации и помещению его в нужное место. Под контролем оптических систем кожу наружного слухового прохода разрежали по нижней и верхней стенкам параллельно костному барабанному кольцу на расстоянии 0,4-0,7 мм от него максимально кпереди и отсепаровывали кожу от стенок наружного слухового прохода вглубь до того же костного кольца. При наличии остатков барабанной перепонки вместе с кожей отсепаровывали и их. На передней стенке наружного слухового прохода кожу отсепаровывали от кости, но сохраняли целой. Отсепарованную кожу наружного слухового

прохода временно смещали кнаружи слухового прохода. Таким образом, оголяли все стенки наружного слухового прохода. Вместе с кожей наружного слухового прохода были отсепарованы остатки барабанной перепонки, в том числе и от рукоятки молоточка. Осуществляли ревизию барабанной полости, при которой давали оценку состоянию слуховых косточек, слизистой оболочки барабанной полости, барабанному устью слуховой трубы. При обнаружении патологии выполняли соответствующие действия, которые приводили состояние барабанной полости к нормальному состоянию. Далее пластический лоскут готовили из фасции височной мышцы у 124 (82,7%) пациентов, из перихондрия ушной раковины – у 26 (17,3%). В качестве основы для формирования тимпанопластического лоскута применяли хрящевую пластину с мобильными фрагментами из аутологичного хряща ушной раковины. С помощью устройства для нарезания хрящевых пластин на операции в зависимости от конкретной ситуации формировали пластину необходимой толщины, которая составляла 0,2-0,3 мм. Из отдельного кусочка хряща во время операции готовили маленький треугольный фрагмент в виде усеченной пирамиды. Высота фрагмента соответствовала глубине гипотимпанума за исключением толщины хрящевой пластины, которую укладывали на фрагмент. В качестве опоры данный фрагмент хряща помещали в гипотимпанум таким образом, чтобы его основание находилось на медиальной стенке гипотимпанума. Из заготовки хрящевой пластинки формировали пластинку по форме воссоздаваемой барабанной перепонки. Диаметр пластины был меньше диаметра барабанной перепонки не менее чем на 1 мм. На хрящевой пластине выполняли продольные насечки с двух сторон таким образом, чтобы они не совпали, но выходили за середину пластины. Из хрящевой пластины формировали ряд мобильных по отношению друг к другу фрагментов. Нижний край такой пластины помещался на выступающую часть треугольной хрящевой опоры. Пластина также укладывалась с опорой на рукоятку молоточка. Пластина приобретала устойчивость в области костного кольца и сохраняла высокую мобильность за счет выполненных фрагментов. Она позволяла создавать воздушность неотимпанальной полости необходимого объема. Также относительно легко формировался передний меатотимпанальный угол. На пластину помещали тимпанопластический лоскут фасции височной мышцы, края которой укладывались на костные стеки наружного слухового прохода. Края фасции покрывали сверху ранее отсепарованной кожей наружного слухового прохода. Если оценивали ситуацию так, что может представляется возможность использовать перихондрий, то сохраняли его на хрящевой пластинке, а в некоторых случаях использовали перихондрий отдельно от хряща, если этого было достаточно для закрытия перфорации, то фасцию не использовали.

Результаты и обсуждение. Для анализа клинико-морфологических результатов операций мы использовали разработанную нами ранее рабочую классификацию, основанную на следующих положительных критериях: 1) отсутствие оторееи; 2) закрытие перфорации и целостность неотимпанальной мембраны; 3) положение по отношению к стенкам наружного слухового

прохода с формированием острого переднего меатотимпанального угла; 4) отсутствие втяжений и ретракций; 5) подвижность неотимпанальной мембраны и воздухоносность неотимпанальной полости. В зависимости от сочетания указанных критериев клинико-морфологические результаты были подразделены на «отличные», «хорошие», «удовлетворительные и неудовлетворительные». В случае наличия перфорации или отореи, независимо от других критериев, результат расценивался как неудовлетворительный. Полученные результаты, проанализированные по указанным критериям. Стабильный положительный результат был получен нами у 148 (98,6%) пациентов через 2 года после операции и у 130 (98,5%) пациентов оставался стабильным в сроки 3 лет и более года после хирургического лечения. Неудовлетворительные результаты по срокам наблюдения после операции (2-1,5%) были связаны с дисфункцией слуховой трубы. В отдаленный сроки до 4 лет и более у наблюдаемых пациентов клинико-морфологический результат оставался стабильным. В течение всего срока наблюдения пациенты не предъявляли жалоб на выделения из оперированного уха. Не было указаний на нарушение состояния вестибулярного анализатора. Также не было установлено объективных симптомов его поражения.

Выводы. Использование хрящевых пластин с формированием мобильных фрагментов при обширных дефектах барабанной перепонки создает стабильную анатомически целостную неотимпанальную мембрану с формированием правильного переднего меатотимпанального угла и воздушной неотимпанальной полости. Это позволило отнести клинико-анатомический результат к высоким и стабильным.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ГЛУХОТЫ С ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТИРУЕМОГО СЛУХОВОГО АППАРАТА «ВАНА»

Хоров О.Г., Плавский Д.М., Бойко С.Л.

Гродненская университетская клиника

Актуальность. Проблемы включения индивидов с ограниченными возможностями в полном объеме в реальную жизнь общества являются актуальными в современных условиях во всем мире. В рамках ООН ЮНЕСКО разрабатываются и реализуются программы мероприятий по социальной адаптации глухих и слабослышающих людей на международном уровне. Система Ваһа – это реальное решение проблем для многих людей с нарушением слуха. Однако даже после восстановления слуха человек попадает в качественно новую для него среду, поэтому принципиально важным является оценка его качества жизни в отдаленный послеоперационный период.

Цель настоящего исследования – оценить удовлетворенность своим слухом и его использованием у людей после восстановления слуха с помощью аппарата Ваха.

Методы исследования. Нами проведено ретроспективное исследование 18 пациентов, которым был восстановлен слух с помощью имплантации слухового аппарата Ваха. Все операции выполнены в отделении оториноларингологии УЗ «ГОКБ» в период с 2007-2015 гг. Далее пациентам были разосланы анкеты, отражающие разные аспекты слуховой функции и звуковосприятия, и по получению обратной информации нами были обработаны результаты с использованием программы STATISTICA.10, применены методы непараметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. Проанализированные критерии разных сторон жизни 18 оперированных пациентов показали высокий уровень удовлетворенности качеством жизни, всесторонними характеристиками слуха, возможностью использования слухового анализатора (музыка, речь, др.) в 100% случаев.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФАРИНГОСТОМОЙ НА ОСНОВАНИИ РАЗБОРА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Прецкайло П.В., Нечипоренко А.С., Плавский Д.М.

Гродненская университетская клиника

Актуальность: проблема диагностики и лечения опухолей – одна из самых сложных и актуальных в современной медицине. В настоящее время в структуре смертности во многих странах мира злокачественные опухоли занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний.

В Беларуси рак гортани занимает первое место среди злокачественных опухолей головы и шеи (60-75%), а среди всех злокачественных образований на рак гортани приходится 3-4%. Болеют преимущественно мужчины (80-95%), женщины в 15-20 раз реже. Большинство пациентов в возрасте 40-60 лет.

Цель: на конкретном примере продемонстрировать необходимость регулярного наблюдения онкологических пациентов после проведенного лечения у профильного специалиста в течение пяти и более лет для предотвращения и своевременного лечения рецидивов или метастазирования опухоли, возможных осложнений, например, массивных неконтролируемых кровотечений.

Метод исследования: описание клинического случая.

Вывод: радикальное лечение пациентов с местно распространенными формами рака гортани основывается на комбинированном подходе, включающем в себя сочетание лучевой терапии и оперативного вмешательства.

При этом лучевая терапия, проводимая, как правило, в предоперационном периоде, помимо снижения активности опухолевых клеток, неизбежно приводит и к ухудшению регенераторных способностей здоровых тканей.

Причиной таких кровотечений является нарушение трофики, эластичности, регенераторных свойств здоровых тканей, онкопроцесс провоцирует массивный некроз окружающих тканей, что приводит к нарушению целостности стенки сосуда и как результат массивному неконтролируемому рецидивирующему кровотечению и, которые часто приводят к смерти пациента.

Лечение онкологических заболеваний гортани обычно начинают с консервативного (лучевого или химиолучевого лечения). На начальных стадиях заболевания излечение консервативным методом достигается в 85-90% случаев. При этом функции гортани не нарушаются, и пациенты продолжают прежнюю трудовую деятельность. Хирургическое вмешательство производится в тех случаях, когда консервативное лечение оказывается недостаточно эффективным.

Несмотря на то, что технологии в медицине активно развиваются, а противостояние раку становится все более эффективным, период лечения и постонкологической реабилитации пациентов находится в очень непростой ситуации.

Пациент З. болеет с 2002 года. Диагноз: саркома надскладкового и складкового отделов гортани. В 2003 году в НИИ им Н.Н. Александрова прошел курс комбинированного лечения с горизонтальной резекцией гортани по поводу гистологически верифицированного рака гортани.

В связи с продолжением роста опухоли 01.10.2003 г. выполнена ларингоэктомия с циркулярной резекцией глотки и пищевода.

С 2008 года пациент у онколога не наблюдался.

В середине марта 2019 при ухудшении состояния обратился за медицинской помощью. Госпитализирован. В момент нахождения пациента в клинике выполнено КТ-исследование: подъязычная кость сохранена, от ее уровня и вниз имеется неравномерное утолщение стенок послеоперационной воронки – по заднему контуру до 13 мм, где не отграничено от передней продольной связки на уровне С4-С6 позвонков на протяжении ок. 38 мм, по латеральным стенкам утолщение до 17-18 мм, по передней с распространением через поверхностную шейную фасцию в виде тканевого, хорошо васкуляризованного образования общими размерами ок. 38 x 39 x 32 мм; дистальный уровень изменений в глоточной воронке на 16 мм над трахеостомой; прилежащая жировая клетчатка тяжиста. Заключение КТ: признаки рецидива на уровне глоточной воронки (рисунок 1).

21.03.2019 года верифицирован рецидив опухоли глотки (плоскоклеточный рак с ороговением G2). Операция 05.04.2019 г.: удаление опухоли шеи с фарингопластикой, Проведена внутритканевая высокодозная брахитерапия индивидуальным аппликатором РОД=5, 2 Гр СОД==41,6 Гр 8 сеансов, что эквивалентно 70 Гр.

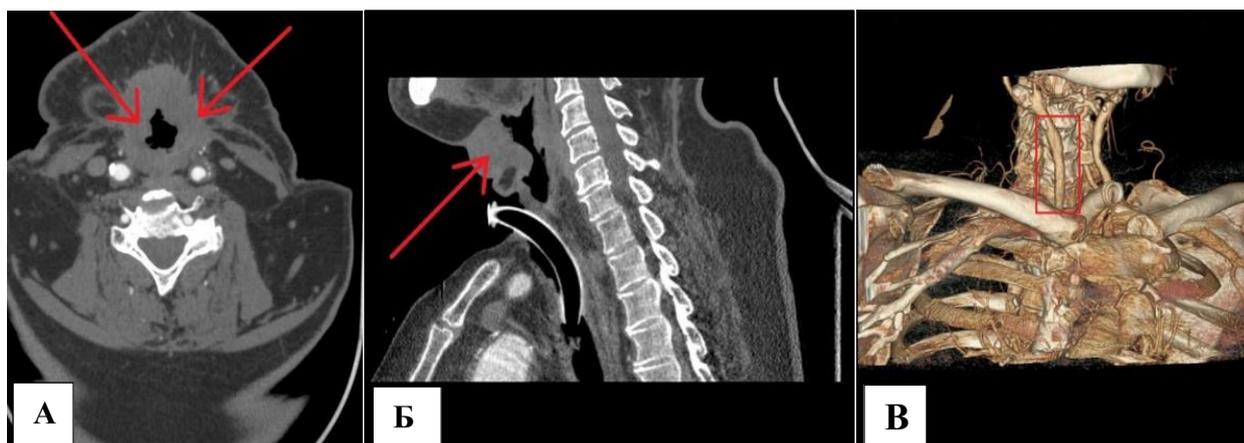


Рисунок 1. – КТ-исследование шеи с внутривенным контрастированием:

- а) аксиальная плоскость, тканевой компонент, циркулярно охватывающий послеоперационную воронку (*стрелка*);
- б) сагиттальная плоскость, тканевой компонент, циркулярно охватывающий послеоперационную воронку (*стрелка*);
- в) VR-реконструкция, общие сонные артерии без патологических изменений (*рамка*)

На момент выписки из стационара – носопищеводный зонд стоит хорошо, дыхание через трахеостому свободное. Фарингостома зияет. Фибрин на корне языка и гортаноглотке.

Амбулаторное наблюдение в течение трех месяцев. Динамика фарингостомы представлена на рисунке 2.

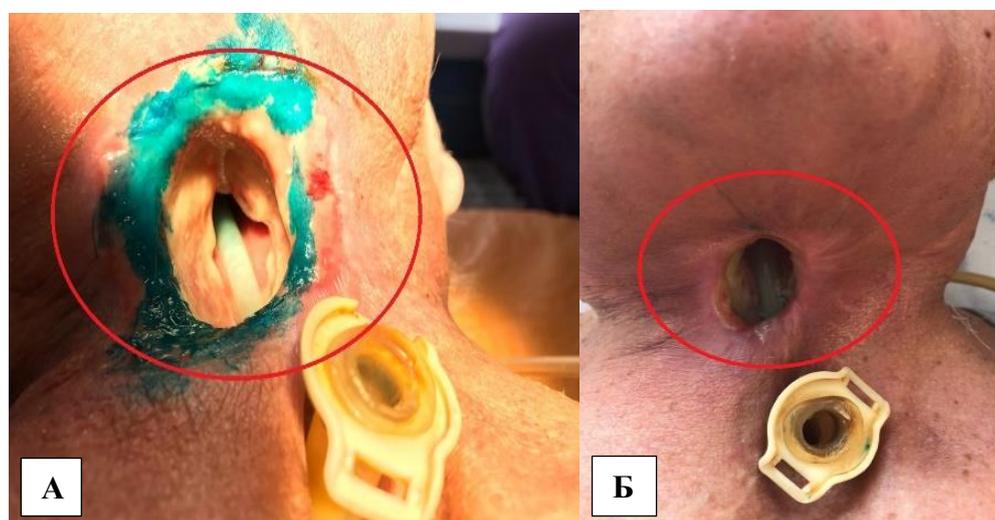


Рисунок 2. – Внешний вид фарингостомы (фото):

- а) состояние фарингостомы в мае 2019 года;
- б) состояние фарингостомы в июле 2019 года

18.08.2019 года на фоне полного благополучия пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи в учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника» около 22.00. Состояние пациента

тяжелое, кровотечение из области фарингостомы. В приемном покое состоялся консилиум с участием оториноларинголога, реаниматолога, терапевта, онколога. Определены показания к проведению экстренного оперативного лечения.

Интраоперационно: ревизия фарингостомы под контролем вакуум аспиратора, в области нижней стенки, с внутренней поверхности фарингостомы слева имеется участок массивного кровотечения. Тугая тампонада участка. Кровотечение остановлено. Дальнейшее лечение пациента производилось в условиях реанимационного отделения. 19.08.2019 выполнено КТ-исследование области шеи: полость сформированной послеоперационной воронки и ротоглотки выполнена вспененным компонентом – тампонирующий материал; стенки воронки утолщены, инфильтрированы; имеется локальный бухтообразный выступ по медиальной стенке общей сонной артерии справа ниже уровня бифуркации общей сонной артерии – дефект стенки, убедительных данных на момент исследования за экстравазацию контрастированного содержимого не получено (рисунок 3).

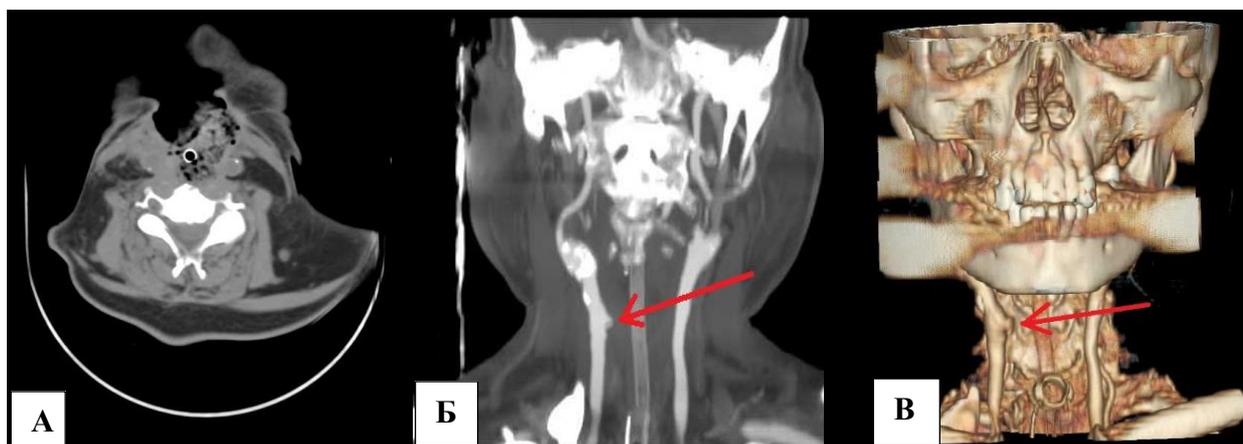


Рисунок 3. – КТ-исследование шеи с внутривенным контрастированием:

- а) аксиальная плоскость, стенки воронки утолщены, инфильтрированы;
- б) коронарная плоскость, локальный бухтообразный выступ по медиальной стенке общей сонной артерии (*стрелка*);
- в) VR-реконструкция, локальный бухтообразный выступ по медиальной стенке общей сонной артерии (*стрелка*)

Учитывая данные КТ-исследования, анамнеза заболевания, *st. localis* выполнена ревизия раны: в области боковой стенки фарингостомы справа обнаружен эрозированный сосуд. Совместно с сосудистым хирургом наложены сосудистые швы, кровотечение остановлено. Пациент выписан на амбулаторное лечение 28.08.2019 г. (через 10 суток). Внешний вид фарингостомы 07.09.2019 г. (двадцатые сутки после операции) представлен на рисунке 4.

17.09.2019 г. пациент умер в реанимационном отделении Учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» при повторном эпизоде кровотечения из фарингостомы.



Рисунок 4. – Внешний вид фарингостомы на двадцатые сутки после операции

Итоговой диагноз (за исключением непрофильных): С32 Рак надскладкового и складкового отделов гортани Т3 N0 M0, стадия: III. Состояние после комбинированного лечения (ларингэктомия + дистанционная лучевая терапия) в 2002-2003 гг. Рецидив опухоли (март 2019). Состояние после комбинированного лечения (резекции рецидива опухоли + брахитерапия). Продолженный рост рецидивной опухоли. Распад, кровотечение из фарингостомы от 18.08.2019, клиническая группа: IV.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Ракова С.Н., Плавский Д.М., Кацер А.Г.,
Мудрагелова А.В., Бердовская Ю.Д.**

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника

Актуальность темы: Особенности опухолей полости носа и околоносовых пазух является их локализация и тесная связь с головным мозгом, орбитами, магистральными сосудами, от поражения которых зависит лечение и прогноз заболевания. По литературным данным злокачественные новообразования слизистой оболочки полости носа составляют 1,8% новообразований головы и шеи, развиваются преимущественно у лиц старше 50 лет. Плоскоклеточный рак – наиболее часто встречаемая злокачественная опухоль полости носа и околоносовых пазух у взрослых: 60-73% локализована в верхнечелюстном синусе, 20-30% – в полости носа, 10-15% – в клетках решетчатого

лабиринта и только 1% – в клиновидной, лобной пазухах. Эстезионеробластома встречается – в 0.4%.

Цель исследования: акцентировать внимание врачей-оториноларингологов на проблеме ранней диагностики злокачественных новообразований носа и околоносовых пазух, которые могут «маскироваться» под хронический рецидивирующий полипозный риносинусит, чаще односторонний.

Материалы и методы: В УЗ «Гродненская университетская клиника» за 2017-2019 гг. было диагностировано 622 пациента с раком верхних дыхательных путей (в 2017 – 210, в 2018 – 190, в 2019 – 222 пациента), из которых 13 были с опухолями носа и носовых пазух (в 2017 – 4, в 2018 – 4, в 2019 – 5). Первичная локализация в данной области была выявлена у 4 пациентов в 2017 и у 3 в 2019 годах. Процент пациентов с новообразованиями носа и околоносовых пазух от общего числа рака верхних дыхательных путей составляет 1.9% в 2017, 2.1% в 2018, 2.25% в 2019. Возрастные границы от 46 до 85 лет у пациентов из представленной группы. Из 13 пациентов была только одна женщина. Приводим случай из практики.

Клинический случай. Пациент Б. (51 год) поступил в ЛОР-отделение 30.03.2020 с жалобами на затрудненное носового дыхание, больше слева, гнойный насморк. Болеет несколько лет, лечился консервативно с временным эффектом. Обследован амбулаторно: в октябре 2019 года производилась биопсия образования левой половины носа. Гистология от 21.10.2019 г. Закл.: фиброзно-сосуд. ткань, покрытая неороговевающим многослойным плоским эпителием с очаговой дисплазией и наличием хронического воспаления. Произведено МСКТ ППН от 01.10.2019 г. (рисунок). Гомогенно затенены обе гайморовых пазухи, фронтальная пазуха слева, клетки решетчатой кости слева – вероятно за счет отека слизистой с участками геморрагического пропитывания. Утолщение слизистой хоан слева. Медиальная стенка левой гайморовой пазухи истончена, стенки обеих гайморовых пазух утолщены (по типу разволокнения структуры).

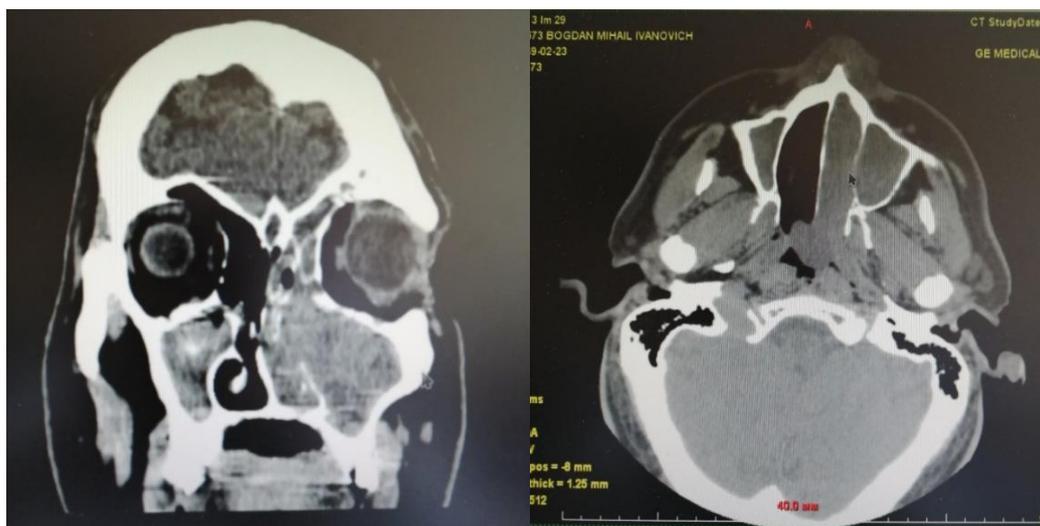


Рисунок – КТ-скан пациента Б. аксиальная и корональная проекции, визуализируется образование в левой половине носа и околоносовых пазухах

Заключение: КТ-признаки хронического воспалительного процесса на уровне обеих гайморовых пазух, клеток решетчатой кости и фронтальной пазухи слева. Утолщение слизистой хоан слева.

Поступил в ЛОР-отделение для планового хирургического лечения.

Объективно: носовое дыхание затруднено. В полости носа слизисто-гнойное отделяемое. Слизистая носа розовая. Имеются слизистые полипы в носовых ходах, больше слева. Носовые раковины отечные. Хоанальные отверстия закрыты полипозными образованиями, задние концы нижних носовых раковин гипертрофированы. Пальпация, перкуссия области проекции ОНП безболезненная. 30.03.2020 пункция верхнечелюстных пазух, получено слизисто-гнойное отделяемое. 02.04.2020 операция: эндоскопическая двухсторонняя полипоэктомиогайморотомия; эндоскопическая фронтальная синусотомия слева; эндоскопическая сфенотомия слева.

Ход операции: в среднем, верхнем носовом ходе справа полипы, гной. Выполнена эндоскопическая полипоэктомиогайморотомия справа. Удаленные ткани направлены на гистологическое исследование. Слева общий носовой ход обтурирован полипозным образованием. Под контролем эндоскопов удалено образование исходящее из нижней, средней носовой раковин, боковой стенки носа слева, распространяющееся в решетчатый лабиринт до области соустья основной пазухи, перекрывающее вход в основную пазуху. Медиальная стенка г/пазухи разрушена процессом. Патологически измененные ткани удалены, направлены для гистологического исследования. Сфенотомия: при ревизии основной пазухи – вязкая слизь, аспирация, слизистая розовая, отечная. Под контролем эндоскопов обнаружен лобно-носовой канал слева, расширен. В нем полип около 0,5 см, перекрывающий просвет канала, удален.

Весь операционный материал направлен для гистологического исследования. *Гистология 07.04.20.* В материале фрагменты полипов. Обнаружены группы клеток рака, по гистологической структуре ближе к плоскоклеточному неороговевающему, G2.

Цитология 09.04.2020 (пункция л/узлов шеи справа): пунктат содержит эритроциты, преимущественно зрелые лимфоциты. Атипичные клетки не обнаружены. Произведено МСКТ ОГК, МСКТ лицевого черепа и шеи с контрастированием от 10.04.20. (для исключения мтс) Заключение: утолщение слизистой в придаточных пазухах носа с нарушением целостности указанных стенок. Увеличение количества и размеров л/узлов шеи. Единичный узелок и кальцинат в правом легком вероятнее поствоспалительного характера.

УЗИ 08.04.202: Региональные л/у не увеличены В правой подчелюстной области реактивно измененный л/у 22 мм, слева в аналогичной зоне подобное образование 19 мм. С обеих сторон единичные л/узлы до 9 мм.

Консилиум: диагноз: ПМСР: Сг боковой стенки носа с двух сторон с распространением на решетчатые лабиринты, гайморовы пазухи левую лобную пазуху Т4а NxMx 4 ст. 2 кл. группа., состояние после двухсторонней полипоэктомиогайморотомии, фронтальной, основной синусотомии слева (02.04.20.)

Сахарный диабет 2 тип. Назначено химиолучевое лечение по радикальной программе.

Выводы. Злокачественные новообразования полости носа и околоносовых синусов имеют достаточно позднюю диагностику из-за отсутствия характерных клинических проявлений, отсутствия скрининговых исследований и специфических маркеров.

Заболевание может протекать бессимптомно или под маской хронического полипозного риносинусита.

Тонкие костные стенки способствуют быстрому распространению процесса за пределы пазух.

Первым этапом любого диагностического исследования является КТ с болюсным контрастированием, выполнение которого максимально приближено ко дню оперативного лечения.

Гистологическое исследование основа в постановке верного диагноза. Учитывая вариант инфильтративного роста опухоли, забор гистологического материала должен проводиться на максимальную глубину под контролем эндоскопии.

Литература

1. Огольцова Е. С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. – М., 1984. – С. 321.
2. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина 2000. – С. 123.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. – М., 2003, № 3. – С. 23-27
4. Меланьин В.Д., Дайхис Н.А., Яблонский С.В., Давудов Х.Ш., Куян С.М. Общие вопросы оториноларингологии. Заболевания носа и околоносовых пазух. Медицинское информационное агентство. – М., 2010. – Т. 1. – С. 345.
5. Вигард М. Э. в сотрудничестве с Иро. Х. При участии Биркхольца Т., Боцатто А., Бумм К., Греесс Х., Хоземанн В., Марш М., Вурм Й. Перевод на русский. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. Медицинская литература. – М., 2014. – С. 235.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ДАКРИОЦИСТИТА

**Солодовникова Н.Г.¹, Хоров О.Г.¹,
Мармыш В.Г.¹, Логош С.М.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. В структуре врожденной патологии слезных органов у детей с периода новорожденности доминирует дакриоцистит, частота встречаемости которого по данным разных авторов достигает 7-14% [1]. На увеличение частоты дакриоцистита влияет соматическая патология матери в период

беременности, простудные заболевания, которые способствуют развитию осложненных форм и рецидивирующего течения заболевания.

Цель. Оценить наличие соматической патологии у женщин в период беременности, у детей с врожденным дакриоциститом и осветить подходы к лечению осложненных форм рецидивирующего дакриоцистита у детей.

Методы исследования. Предметом исследования явились 190 детей с врожденным дакриоциститом, поступивших в отделение микрохирургии глаза Гродненской областной клинической больницы для зондирования слезно-носового канала, 90 амбулаторных карт матерей.

Результаты и их обсуждение. Неблагоприятное течение беременности в виде гестоза легкой степени отмечалось у 12 (13,3%) женщин. Гестоз протекал на фоне экстрагенитальных заболеваний, существовавших до беременности: АГ и хронический пиелонефрит. Хроническая фетоплацентарная недостаточность наблюдалась у 18 (20%) женщин и сочеталась с гипоксией плода, пролапс митрального клапана 1 степени наблюдался у 8 (8,88%) женщин, анемия – у 7 (7,77%), патология шейки матки встречалась у 11 (12,22%) женщин, вагинозы различной этиологии имели 17 (18,8%) женщин. Носителями герпетической и цитомегаловирусной инфекции по данным ИФА крови являлись 19 (21,11%) женщин. В период беременности 22 (24,44 %) женщины перенесли ОРВИ. Из всех диагностических методов обследования наиболее часто беременным выполнялось ультразвуковое исследование: трижды за период беременности прошли УЗИ 76 (84,44%) пациенток. Основная масса детей 156 (82,1%) родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, 8 (4,21%) пациентов родились недоношенными в сроке гестации 28-34 недели. Вес при рождении составил 3200 г (минимальный 1100 г, максимальный 4400 г). Мальчиков было 146 (76,84 %), девочек 44 (23,15%). От первой беременности родились 64 (33,68%) ребенка, от второй 95 (50%), от последующих – 31 (16,31%). Двусторонний дакриоцистит встречался у 38 (20%) детей и чаще протекал в виде двух форм: серозного – 76 глаз (40%) и гнойного – 114 глаз (60%). При поступлении в стационар пациенты осматривались анестезиологом, на догоспитальном этапе педиатром. Соматически на момент поступления в стационар 168 детей (88,4%) были здоровы, у 22 пациентов (11,5%) в анамнезе: синдром двигательных нарушений, задержка психомоторного развития, малые аномалии развития сердца в виде аномальных хорд левого желудочка, водянка оболочек яичка, синехии малых половых губ у девочек, пахово-мошоночная и пупочная грыжа, дисплазия тазобедренного сустава, ригидность приводящих мышц бедра.

Всем детям было выполнено зондирование слезно-носового канала по стандартной методике с использованием конических зондов и зонда Боумана под общей ингаляционной анестезией севораном с использованием ларингальной маски в отделении микрохирургии глаза ГОКБ после осмотра врачом-анестезиологом. Положительный эффект в виде восстановления проходимости слезно-носового канала был достигнут у 184 (97%) пациентов после первого зондирования. У 5 пациентов эффект был достигнут при повторном

зондировании. У одного ребенка было выполнено два зондирования, проходимость не восстановлена. Приводим ее клинический случай.

Клинический случай. Девочка М., 11 лет, поступила с диагнозом рецидивирующий хронический дакриоцистит (неоднократно зондированный) справа. В возрасте 11 лет, в мае 2019 года на базе гнойного оториноларингологического отделения для детей бригадой в составе оториноларинголога и офтальмолога была выполнена эндоназальная дакриоцисториностомия с биканаликулярной интубацией слезоотводящих путей под общей анестезией. Для выполнения операции был использован видеозондоскопический комплекс, который позволяет с помощью эндоскопа-риноскопа и оптики, оценить в ходе операции состояние носовых раковин, устья носослезного канала, перегородки носа. После эндоскопического вскрытия слезного мешка и удаления части его стенки, была осуществлена интубация слезоотводящих путей полиамидной нитью с проводником через дилатированные коническим зондом нижнюю, затем верхнюю слезные точки и слезные каналы. Нить проводилась через все отделы слезоотводящих путей и под контролем эндоскопа была выведена в полость носа. Интубация в послеоперационном периоде длилась 2 месяца, после чего нить была извлечена и проверена проходимость слезных путей. Проходимость восстановлена, слезостояние отсутствует.

Выводы:

1. Дети с проблемой слезоотведения и их матери чаще соматически здоровы, но представляет интерес наличие единичных случаев различного рода синехий, сращений и хорд в других органах у доношенных и недоношенных детей.

2. Врожденный дакриоцистит встречается у детей соматически здоровых женщин и перенесших неблагоприятное течение беременности в виде гестоза и фетоплацентарной недостаточности.

3. Рецидивирующие дакриоциститы у детей – сложная междисциплинарная проблема, которая может быть решена с использованием высокотехнологического оборудования и внедрения новых методов лечения в сложных клинических случаях.

Литература

1. Давыдов Д.В., Юсипова Э.Р., Коробкова Г.В., Казакова Т.Л. Биканаликулярная интубация слезоотводящих путей при лечении хронического дакриоцистита у детей // Сборник трудов Научно-практической конф. «Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов». – М., 2005. – С. 103-106.

СОХРАНЯЮЩАЯ РИНОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА

Хоров Г.О., Хоров О.Г.

Городская клиническая больница № 2 г. Гродно
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время наблюдается тенденция роста популярности эстетических операций, в том числе связанных с коррекцией формы наружного носа. Однако у такой категории пациентов при объективном осмотре зачастую выявляются нарушения функции дыхания, что ставит перед хирургом вопрос о правильном выборе тактики и методах коррекции формы наружного носа, а также восстановления дыхательной функции.

На данный момент описано и существует множество техник ринопластики в сочетании с оперативными вмешательствами по восстановлению носового дыхания, однако при выполнении эстетической коррекции формы носа необходимо выделить два основных направления: «структурная» и «сохраняющая» ринопластика. В последние несколько лет именно «сохраняющая» ринопластика вызывает все больший интерес у хирургов, что и объясняет актуальность данной тематики.

Цель – анализ взаимосвязи между нарушением анатомического строения наружного носа, а также неудовлетворенностью пациентом формой носа и нарушением дыхательной функции; выбор техники и тактики хирургической коррекции и лечения у данной категории пациентов, а также выбор техники хирургической коррекции.

Материалом для исследования послужили 67 пациента, обратившихся для лечения в оториноларингологическое отделение УЗ ГКБ № 2 г. Гродно в период с 2017 по 2020 года. Обязательным условием отбора пациентов для данной работы были: наличие функционального нарушения носового дыхания и косметическая неудовлетворенность формой наружного носа. Ключевыми косметическими дефектами у данной категории лиц были выделены наличие горбинки спинки носа – 35 (52%) пациентов, с боковым смещением пирамиды носа – 18 (12%), наличие двух патологий одновременно (горбинка и боковое смещение спинки носа) – 24 (36%) пациента. Мужчины составляли 18 (27%) пациентов, женщины – 49 (73%) пациентов. Все пациенты были разделены на две группы: первая – устранения горбинки и деформации наружного носа выполнялась классическим резекционным методом (структурная ринопластика) и вторая – это группа пациентов, у которых была применена сохраняющая ринопластика. По первой методике было прооперировано 15 (22%) человек. По второй методике 52 (78%) пациента.

С целью установления причин нарушения носового дыхания применялись субъективные и объективные методы диагностики такие как: передняя риноскопия, видеоэндоскопический осмотр носовых ходов, рентгенологиче-

ские методы. Во время осмотра проводился тщательный сбор анамнеза заболевания. А также внимательно выслушивались пожелания пациента предстоящей коррекции формы носа.

Основной причиной функционального нарушения дыхания была деформированная в разной степени носовая перегородка – 53(79%), у 12(18%) пациентов была установлена гипертрофия нижних носовых раковин, перфорация носовой перегородки выявлена у 2(3%) пациентов. Методом коррекции деформаций носовой перегородки преимущественно использовалась техника «открытой дверцы». Гипертрофия носовых раковин устранялась при помощи подслизистой ультразвуковой дезинтеграции. Перфорация носовой перегородки закрывалась лоскутом слизистой оболочки на питающей ножке передней решетчатой артерии.

При устранении горбинки носа методом резекции с целью предотвращения симптома «открытой крыши», а также сохранения правильной работы внутреннего носового клапана приходилось применять расширяющие ауто-трансплантаты, взятые из участка четырехугольного хряща носовой перегородки или из удаленной хрящевой части горбинки (либра-графт). Данные графты устанавливались между носовой перегородкой и верхними латеральными хрящами с наложением фиксирующих швов, что, несомненно, удлиняло ход операции (15 пациентов (22%). Также, применяя данную технику, нередко происходит повреждение надхрящницы и надкостницы пирамиды носа, что приводит к увеличению длительности реабилитационного периода и к несовершенному эстетическому результату. Такие пациенты могли отмечать в раннем послеоперационном периоде длительные отеки и блеск кожи спинки и кончика носа, длительную потерю чувствительности и онемение кончика носа в позднем периоде.

При применении сохраняющей ринопластики (preservation rhinoplasty) устранение горбинки и боковой девиации спинки носа производилось техникой pushdown/letdown – 52 пациента (78%). При коррекции носовой перегородки использовалась модифицированная Cottle-техника с резекцией нижнего сегмента четырехугольного хряща и верхнего сегмента перпендикулярной пластинки решетчатой кости – 10 пациентов (19%). При отсутствии искривления носовой перегородки либо незначительной деформации удалялся верхний сегмент носовой перегородки – 42 пациента (81%). Основным преимуществом данной методики является сохранение собственной спинки носа без резекции хрящевых и костных фрагментов спинки носа, что придает ей естественный и натуральный вид, позволяет сохранить внутренний носовой клапан и дыхательную функцию, а также сократить, что очень важно, время операции. Учитывая тот факт, что отслойка SMAS пирамиды наружного носа осуществляется поднадхрящнично-поднадкостнично, повреждение сосудисто-нервного компонента не происходит, и соответственно не наблюдаются длительные послеоперационные отеки, нарушение чувствительности спинки и кончика носа, кожа выглядит естественной, отсутствует повышенный блеск кожных покровов.

Все операции при применении обеих техник выполнялись в один этап, что позволяло одновременно восстановить как функциональный, так и эстетический компонент. При наличии смещения носовой пер

Носовое дыхание, как основной функциональный элемент, было восстановлено у всех пациентов. При эндоскопии носа спустя один месяц после оперативного лечения была установлена обычная риноскопическая картина. Оценка эстетического результата получила положительное заключение у всех пациентов.

Таки образом, проанализировав все этапы ведения данной категории пациентов, можно выделить следующие преимущества сохраняющей ринопластики: сохранение собственных костно-хрящевых структур спинки носа; сохранение внутреннего носового клапана; естественный и натуральный вид спинки носа; сохранение чувствительности спинки и кончика носа; сохранение нормальной работы потовых и сальных желез кожных покровов; сокращение длительности операции; сокращение периода послеоперационной реабилитации.

РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

**Шамрило Г.Н., Стецко С.Ю., Полховский В.И.,
Каминский С.А., Сквородко Е.Е.,
Маренкова В.С., Сугак Е.С.**

Брестская детская областная больница

Актуальность. Одной из проблем в детской оториноларингологии остается лечение пациентов с риносинусогенными орбитальными осложнениями (РОО). Компьютерная томография (КТ) является эффективным методом диагностики заболеваний околоносовых пазух (ОНП) и орбиты помогает дифференцировать РОО от гематомы, эмфиземы, аллергического отека и рожистого воспаления век, дакриоцистита, опухолей глазницы, остеомиелита верхней челюсти [1].

Цель. Оценить возможности ранней диагностики РОО посредством КТ ОНП и орбит и применения малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 1433 случая острых риносинуситов (ОРС) за 7 лет среди пациентов ЛОР-отделения УЗ «Брестская детская областная больница». Из их числа изучена медицинская документация 28 человек, у которых имелись риносинусогенные орбитальные осложнения.

Результаты. Частота встречаемости ОРС составила от 155 до 254 случаев в год (в среднем 205 случаев). При этом частота РОО от 0 до 13 случаев

в год (в среднем 4 случая, что составило 2% от общего числа больных ОРС). Продолжительность лечения в стационаре от 4 до 27 койко-дней (в среднем 11 к/д). РОО на левый глаз имелись у 16 пациентов (57%), на правый глаз у 11 пациентов (39%) и у 1 пациента РОО были на оба глаза (4%). Возраст пациентов с РОО составил от 1 года до 14 лет. Из них 21 мальчик (75%) и 7 девочек (25%). У 24 (86%) пациентов РОО носили негнойный характер (только реактивный отек век и клетчатки), а у 4 (14%) гнойный (абсцессы и периостит орбиты, флегмона мягких тканей). Всем пациентам выполнялась КТ ОНП и глазниц. Признаками гнойных РОО являлись резкое смещение глазного яблока, выраженный отек век и параорбитальной клетчатки, формирование полости абсцесса. Все пациенты получали антибактериальную терапию. Пяти пациентам (18%) проводилось консервативное лечение с анемизацией и промыванием носа методом перемещения жидкости. Шести пациентам (21%) была выполнена только пункция верхнечелюстных (в/ч) пазух. Восемью пациентам (29%) сначала выполнялась пункция в/ч пазух, но затем понадобилось проведение санирующей операции (СО) на ОНП в связи с отсутствием достаточной эффективности лечения. И девяти пациентам (32%) по абсолютным показаниям сразу была выполнена СО на ОНП, из них двум пациентам потребовалось хирургическое вмешательство на орбите (орбитотомия, дренирование абсцесса).

Выводы:

1. Признаки РОО по данным КТ помогают выбрать эффективную тактику лечения и объем хирургического вмешательства.

2. При подтверждении признаков гнойных РОО по КТ необходимо экстренно выполнять санирующую операцию на ОНП.

3. Ранняя и точная диагностика позволила ограничиться консервативным лечением либо малоинвазивным вмешательством у 39% пациентов с РОО.

Литература

1. Киселев А.С. Информативные возможности многоплоскостных объемных реконструкций компьютерно-томографического изображения околоносовых пазух и полости носа и их значения в ринохирургии. / А.С.Киселев, Д.В.Рудейко // Рос. ринология, 2002. – № 3. – С. 58-60.

ОЦЕНКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛОМОК

Якусик Т.А., Марцуль Д.Н., Хоров О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В современном обществе созданы условия для полноценной слухоречевой коррекции с помощью имплантируемых устройств и слуховых аппаратов. Однако выбор слухоречевой реабилитации, как и оценка его результатов в зависимости от этиологических факторов и генетических поломок до сих пор вызывают сложности у специалистов.

Цель. Целью настоящего исследования был анализ речевого развития ребенка с патологией слухового анализатора в зависимости от этиологических факторов и генетических поломок.

Методы исследования. Для проведения анализа были использованы данные из историй болезни и амбулаторных карт пациентов, состоящих на учете в центре патологии слуха и речи Гродненской областной клинической больницы за 2007-2019 годы.

Результаты и обсуждение. Из 61 пациента с нарушением слуха у 38 (62%) имелась поломка гена. Внутри каждой группы был проведен анализ факторов, влияющих на развитие речи у данной группы пациентов по одинаковым критериям: наличие факторов риска в анамнезе, компенсация нарушений слуха, наличие речевой среды, наличие сопутствующей речевой патологии (данный фактор отмечался по истечении 2 лет реабилитации), качество реабилитации пациента.

При оценке развития речи оценивались понимание обращенной речи и уровень развития собственной речи. У лиц с изолированными генетическим поломками без воздействия факторов риска получены более лучшие показатели, чем во второй группе. Обращает на себя внимание большое (до 35%) количество детей, которые находились на реабилитации в специализированных учреждениях образования либо в спецклассах общеобразовательных школ.

Выводы. Наличие генетической поломки не является причиной наличия сочетанной речевой патологии у детей с нарушениями слуха. Факторы риска влияют на развитие речи как высшей психической функции. Результаты в развитии речи зависят не только от полноценной компенсации нарушений слуха. Качество проведенной слухоречевой реабилитации ребенка основана на совместной работе специалистов и родителей.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РЕЧИ И ЗВУКОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПАЦИЕНТАМИ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ

Якусик Т.А., Марцуль Д.Н., Хоров О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время кохлеарная имплантация является наиболее эффективным методом слухоречевой реабилитации глухих детей. Кохлеарный имплант обеспечивает восстановление порогов слухового восприятия до 20-40 дБ, улучшает восприятие окружающих звуков, но, вместе с тем, не дает возможности автоматически понимать речь и разговаривать. Время необходимой для этого реабилитации (развития слухового восприятия и речи) варьируется от одного года до пяти лет, а в некоторых случаях овладение речью охватывает весь период обучения в школе.

Цель. Целью настоящего исследования был анализ особенностей речевого развития ребенка с установленным кохлеарным имплантом при долигвальной потере слуха.

Методы исследования. Для проведения анализа были использованы данные из историй болезни и амбулаторных карт 55 пациентов, состоящих на учете в центре патологии слуха и речи Гродненской областной клинической больницы за 2007-2019 годы.

Результаты и обсуждение. Даже после достижения оптимальной настройки речевого процессора КИ пороги слуха составляли 20-40 дБ и соответствовали 1 степени тугоухости. Это затрудняло восприятие при общении носителя КИ с окружающими, если те общались тихим голосом и на расстоянии (особенно при использовании сложных речевых звучаний – окончаний, предлогов, приставок, тихих согласных).

Наличие КИ только с одной стороны затрудняло восприятие звуков в шуме. Эти пациенты также испытывали трудности при локализации звука в пространстве, восприятии речи при участии в беседе нескольких собеседников, в условиях реверберации.

Выводы. Пациенты с КИ затрудняются в дифференциации фонем, сходных по акустическим характеристикам вне специально созданных условий (отсутствие шума, восприятие речи с опорой на артикуляцию говорящего, четкая дикция собеседника, направленность звучания со стороны имплантированного уха). Звуки и речь с КИ искажены, обрабатываются медленнее и процесс слушания требует напряжения. Особенностью пациентов с КИ является достаточно длительная адаптация к восприятию звуков с электронных носителей.

Научное издание

ШКОЛА ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Сборник материалов
областной научно-практической онлайн конференции

25 июня 2020 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка М. Я. Милевской

Подписано в печать 22.06.2020.

Тираж 15 экз. Заказ 59.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.
Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.