



МЕДЗНАНИЯ⁺

ЕЖЕГОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ

28 - 29 июня 2024

ТЕЗИСЫ



1.

Коррекция искривленного премаксиллярного гребня с применением хирургического бора

Шведов Н.В.* , Крюков А.И.** , Царапкин Г.Ю.*** , Товмасын А.С.****

*ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы Москва Россия

**ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы Москва Россия

***Многопрофильный медицинский центр ЦЭЛТ Москва Россия

****ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента Здравоохранения города Москвы Москва Россия

Введение: В современной оториноларингологии активно осуществляется разработка щадящих методик хирургических вмешательств на ЛОР-органах, что позволяет снизить количество операционных осложнений, повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде и уменьшить количество дней пребывания в стационаре.

Септопластика является одной из самых распространенных в оториноларингологии. Одним из этапов септопластики является резекция премаксиллярного гребня - кристотомия, которая по классической технике, известной еще в 1962 г., выполняется чаще всего хирургическим долотом, а также другими вспомогательными инструментами (патент № SU 158983 A1). Нередко при резекции премаксиллярного гребня травмируют его содержимое (резцовая артерия (РА), носонебный нерв), вызывая тем самым кровотечение, парестезии резцов верхней челюсти и/или гематому перегородки носа.

Цель: Разработать оригинальную методику коррекции премаксиллярного гребня для профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

Материал и методы: В исследование было включено 25 пациентов (15 женщин, 10 мужчин). Всем пациентам была проведена септопластика с коррекцией премаксиллярного гребня, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Завершалась операция тампонадой полости носа. Критериями включения в исследование были: возраст от 18 до 55 лет, искривление перегородки носа с выраженной девиацией премаксиллярного гребня, вазомоторный ринит. Критериями исключения были: клинические и рентгенологические признаки пороков развития твердого неба, ранее перенесенные эндоназальные хирургические вмешательства или операции на твердом небе.

Разработанная нами методика оригинальной кристотомии отличается от известных тем, что при ее выполнении благодаря истончению костного остова премаксиллярного гребня с помощью хирургического бора и его люксации медиально, риск повреждения РК и, как следствие, кровотечения из РА, парестезии резцов верхней челюсти, гематомы ПН минимален.

Результаты и их обсуждение: С применением оригинальной методики коррекции премаксиллярного гребня нами прооперировано 25 пациентов с затруднением носового дыхания. В послеоперационном периоде пациенты осматривались на 3-е, 7-е, 14-е, 30-е сутки. Отдаленные результаты прослежены в течение года после операции. Послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы: Коррекция премаксиллярного гребня является часто выполнимым этапом при проведении септопластики, однако многими хирургами не учитывается важность щадящего его выполнения с целью исключения осложнений, которые могут наблюдаться при сбивании премаксиллярного гребня долотом или «выламывании» щипцами Блэксли. Нами была разработана щадящая оригинальная методика коррекции премаксиллярного гребня с применением хирургического бора, в ходе которой не было отмечено ятрогенных осложнений в виде кровотечения из РА, парестезии резцов верхней челюсти или гематомы ПН.

2.

Медикаментозный ринит в педиатрической практике

Тулупов Д.А.* , Карпова Е.П.** , Усень Л.И.***

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

***Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения РФ Москва Россия

Введение: Неаллергические риниты (НАР) – это собирательный диагноз для различных фенотипов хронических ринитов, патогенез которых не связан ни с IgE-опосредованным воспалением, ни с инфекцией. Многие фенотипы НАР, характерные для взрослых, не встречаются в педиатрической практике. Отдельными экспертами предполагается, что дети наиболее часто сталкиваются с проблемой медикаментозного ринита и вазомоторного ринита, реже с различными формами гормональных ринитов.

Цель: Определить клинические особенности течения медикаментозного ринита (МР) у детей.

Материал и методы: Для изучения распространённости медикаментозного ринита у детей по данным обращаемости нами был проведён анализ годовых отчётов врачей-оториноларингологов нескольких детских поликлиник г.Москвы. Нами проведен анализ данных консультации 27 детей с диагнозом «Медикаментозный ринит».

Результаты и их обсуждение: Распространённость МР у детей по данным обращаемости составляла от 0,23 до 1,48 на 1000 детского населения (выборка 50946 детей). Доля пациентов с МР в структуре пациентов с НАР в среднем составляла $32,3 \pm 10,7\%$.

В ходе консультации 27 детей с диагнозом «медикаментозный ринит» нами было установлено, что 25 (92,6%) пациентов были мужского пола. Средний возраст пациентов составил $13,6 \pm 3,8$ лет. У 25 (92,6%) пациентов МР сформировался на фоне хронических проблем со стороны полости носа. В качестве сопутствующей патологии у 15 (55,6%) пациентов диагностирован аллергический ринит, у 8 (29,6) – гипертрофия аденоидов III степени, у 1 (3,7%) пациента – хронический риносинусит. Искривление носовой перегородки, сопровождающееся стойкой дисфункцией носового дыхания, было выявлено у 4 (14,8%). Все пациенты в качестве доминирующего симптома определили заложенность носа. Как второстепенный симптом 14 (51,9%) пациентов выделили переднюю ринорею, 10 (37%) – заднюю ринорею. Средняя длительность использования назальных деконгестантов составила $7,8 \pm 2,3$ месяца. 22 (81,4%) пациентов регулярно использовали препараты ксилометазолина.

Выводы: МР является одним из самых распространённых фенотипов НАР у детей. Заболевание чаще встречается среди пациентов подросткового возраста, реже – у детей младшего школьного возраста. Проблема в подавляющем большинстве случаев отмечается у пациентов мужского пола. Обычно МР у детей развивается на фоне других хронических заболеваний полости носа и носоглотки. Основным симптомом, определяющим самочувствие пациентов – это заложенность носа. На момент обращения к врачу с данной проблемой «стаж» использования назальных деконгестантов у детей обычно менее 1 года. Наиболее часто в педиатрической практике пациенты с МР имели историю длительного использования средств на основе ксилометазолина.

3.

Комплексное лечение пациентов с острыми риносинуситами.

Смолькова А.А.*, Студёный М.Е.***, Курумов Р.О.***, Магер В.А.****, Зайцев А.В.*****, Артемьев М.Е.*****

* Сеть медицинских центров «ИММА», Москва, Россия

** Сеть медицинских центров «ИММА», Москва, Россия

*** Сеть медицинских центров «ИММА», Москва Россия

**** Сеть медицинских центров «ИММА», Москва Россия

***** Сеть медицинских центров «ИММА», Москва Россия

***** НИКИО им.Л.И.Свержевского, Москва Россия

Введение: Риносинусит — инфекционный воспалительный процесс бактериальной или вирусной этиологии, локализующийся в слизистой оболочке полости носа и ОНП. В последнее десятилетие в нашей стране заболеваемость острыми бактериальными риносинуситами имеет тенденцию к увеличению.

Цель: Мы изучали эффективность использования комплексного лечения больных острым бактериальным риносинуситом. Под нашим наблюдением были 148 больных с острым риносинуситом в возрасте от 12 до 60 лет, им оценивали общее состояние: наличие головной боли, характер и количество выделений из носа, обоняние, носовое дыхание, температуру тела, эндоскопическую картину и данные рентгена или КТ-ПН, исследовали транспортную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки нижних носовых раковин до лечения, на 3-й, 5-й, 7-й день после лечения. Все больные были разделены на 2 группы.

Материал и методы: 1-я (контрольная) группа включала 70 больных (44 взрослых и 26 детей). Все больные этой группы получали комплексное лечение, включающее в себя эвакуацию содержимого околоносовых пазух при помощи нескольких пункций верхнечелюстных пазух (с введением растворов антибиотиков в просвет пазухи при гнойном содержимом в пазухе) с промыванием по Проетцу. 2-я (основная) группа включала 78 человек (48 взрослых и 30 детей). Все больные этой группы получали комплексное лечение, включающее в себя эвакуацию содержимого околоносовых пазух при помощи синус-катетера ЯМИК в сочетании с ингаляциями с муколитиками и антибиотиками через нос. При наличии вязкого гнойного секрета в верхнечелюстной пазухе после ЯМИК-процедуры мы проводили ее пункцию с последующим промыванием и введением в пазуху раствора антибиотика. Все больные получали сосудосуживающие капли в нос. При повышенной температуре тела применяли антибактериальные препараты широкого спектра действия.

Результаты и их обсуждение: До начала лечения на боль в области околоносовых пазух жаловались 30% больных основной группы и 37% - контрольной. После начала лечения боль в проекции околоносовых пазух у больных основной группы исчезла примерно на 1,5 дня быстрее, чем у контрольной (через 4 дня). Повышенная температура тела нормализовалась также быстрее на 1-е сутки. Слизисто-гнойные выделения из носа и носоглотки прекратились в основной группе на 1-1,5 суток раньше. Носовое дыхание восстановилось в основной группе раньше на 2-е суток. Обоняние восстановилось быстрее на 1,5 суток в основной группе. При эндоскопии состояние полости носа было нормальным на 7-е сутки у основной группы, на 10-е - у контрольной. В основной группе пациентам было проведено примерно по 4 процедуры эвакуации патологического содержимого из околоносовых пазух, а больным в контрольной группе - 5,5. Восстановление транспортной функции мерцательного эпителия также наблюдается быстрее в основной группе на 2-е суток, чем у пациентов в контрольной группе.

Выводы: Таким образом, можно утверждать, что предложенный нами комплексный метод лечения больных острыми риносинуситами сокращает сроки выздоровления больного, что доказывает высокую клиническую эффективность предложенного комплексного метода лечения и может быть рекомендован для применения в амбулаторной оториноларингологической практике для взрослых и детей.

4.

Местные источники структурных трансплантатов при ревизионной ринопластике

Садигов А.Э. *, Русецкий Ю.Ю.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

**Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Введение: Ревизионная ринопластика представляет многочисленные трудности для хирурга, которые могут быть связаны с рубцовой тканью, искаженной анатомией носа и ее ослабленной архитектурой. Эти проблемы могут привести к нежелательным послеоперационным результатам. Чтобы их избежать хирург полагается на трансплантаты из разных анатомических областей

Цель: Рассмотрим основные местные источники структурных трансплантатов при ревизионной ринопластике, которые включают в себя четырехугольный хрящ перегородки носа, перпендикулярную пластинку решетчатой кости, а также костный трансплантат из латеральной стенки полости носа под нижней носовой раковиной

Материал и методы: Пациенты, которым было выполнена ревизионная ринопластика с забором костных трансплантатов из перпендикулярной пластинки решетчатой кости, а также из латеральной стенки полости носа под нижней носовой раковиной с помощью пьезотома с длинным режущим **наконечником**.

Результаты и их обсуждение: Продемонстрирована техника забора костных трансплантатов из перпендикулярной пластинки решетчатой кости с помощью пьезотома с длинным режущим наконечником, правила их обработки и дальнейшей установки с фиксацией. Продемонстрирована техника забора костного трансплантата из латеральной стенки полости носа под нижней носовой раковиной с помощью монополярного коагулятора и пьезотома с длинным режущим наконечником.

Выводы: Ревизионная ринопластика связана с многочисленными трудностями, перечисленными выше, но, помимо этого, основной проблемой является недостаток в местных источниках структурных хрящевых трансплантатов. Однако внедрение и широкое использование пьезотома позволяет хирургу расширить выбор источников трансплантатов в пользу костных, в качестве которых могут быть как перпендикулярная пластинка решетчатой кости, так и латеральная стенка полости носа под нижней носовой раковиной, а продемонстрированная техника их забора и обработки позволит их внедрить в хирургическую тактику.

5.

История развития медицины в Кёнигсберге

Прозоров А.Н. *, Дармина Е.В. **, Гринчик О.В. ***

*ЛДЦ 1409 ВМКГ БФ МО РФ, Калининград, Россия

**поликлиника УВД г. Калининград, Калининград, Россия

***ООО "Радуга Звуков" Калининград Россия

Введение: Закладка крепости Кёнигсберг произошла в первых числах сентября 1255 года.

Цель: Ознакомить участников конференции с особенностями и историей развития медицины в городе проведения мероприятия.

Материал и методы: Научная и публицистическая литература по развитию медицины в Кёнигсберге

Результаты и их обсуждение: В последнем 1944/45 учебном году медицинский факультет имел 9 институтов, 8 клиник и 7 поликлиник.

Выводы: Таким образом, медицинский факультет в Альбертине прошел долгий путь становления. В период основания университета он был самым малочисленным, а перед Второй мировой войной стал самым крупным в Альбертине.

6.

Обоснование целесообразности септопластики в детском возрасте.

Оганджанова М.К.*

*ФГАУ "НМИЦ здоровья детей", Москва, Россия

Введение: Детская септопластика вызывает споры. Есть мнения о том, что септопластика в раннем возрасте не может быть рекомендована ввиду отсутствия высококачественных исследований (J. Saniasiaya, 2021). Напротив, некоторые ученые пришли к выводу, что септопластику стоит проводить в раннем возрасте (S. Acharya, 2022).

Цель: Обосновать целесообразность выполнения септопластики у детей по данным литературы.

Материал и методы: Проведен поиск литературных источников по ключевым словам: «септопластика у детей», «pediatric septoplasty», «deviated nasal septum in children» «искривление перегородки носа у детей и подростков» в базах данных PubMed, ResearchGate и eLibrary за последние 16 лет. Было отобрано 5 оригинальных статей и 2 систематических обзора.

Результаты и их обсуждение: Jared Christophel в 2009 году один из первых провел исследование, где обозначил абсолютные и относительные показания к проведению детской септопластики.

В исследовании K. Koirala подтверждает, что септопластика показана детям с серьезными проблемами дыхания, связанными с искривлением перегородки, для обеспечения нормального носового дыхания и краниофациального роста.

Существуют тонкости проведения детской септопластики, чтобы минимизировать риски нарушения роста и развития пирамиды носа.

Cingi предполагает, что перегородочный хрящ не следует отделять от перпендикулярной пластинки, поскольку эта область важна для роста перегородки и спинки носа. Кроме того ранняя педиатрическая септопластика может предотвратить ухудшение нарушений роста лица. Согласно результатам хирургическая коррекция смещения перегородки может быть показана независимо от возраста, если такая деформация вызывает нарушение дыхания.

В исследовании A. Manteghi на 136 детях после септопластики наблюдалось значительное улучшение качества жизни пациентов, а также снижение по шкале NOSE в сравнении до и после оперативного лечения.

Иногда септопластика не только улучшает носовое дыхание, но и предупреждает другие проблемы. В исследовании на 98 детях Luca D'Ascanio пришел к выводу, что у детей с дыханием через рот из-за смещения носовой перегородки наблюдаются аномалии лица и зубов, а также неправильный прикус по сравнению с контрольной группой.

S. Acharya et al. провели обзор литературы и пришли к выводу, что септопластика может безопасно выполняться у детей без отрицательного влияния на развитие лицевого скелета при тщательном отборе пациентов.

Maya Raghavan et al. ретроспективно провели исследование на 2290 детях после септопластики. Выяснилось, что 8 человек были повторно госпитализированы в течение 30 дней. Авторы пришли к выводу, что общие осложнения чаще встречаются у детей младшего возраста, перенесших септопластику, однако их количество относительно невелико.

Выводы: Детскую септопластику можно безопасно выполнять, не оказывая существенного влияния на будущий рост носа и лица, используя надлежащие техники операции и принципы послеоперационного ухода. Детский возраст не противопоказание к проведению оперативного лечения смещенной перегородки носа, однако учитывая продолжающийся рост лица и черепа вторичное искривление возможно, о чем должен помнить хирург и быть предупрежден пациент. Кроме того, есть данные что детская септопластика может благоприятно влиять на рост и развитие лицевого скелета.

7.

Возможность применения биodeградируемой мембраны при септопластике

Крысоватая А.С.*, Банашек-Мещерякова Т.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

Введение: Согласно современным представлениям гели из альгината натрия обладают хорошей биосовместимостью, контролируемой биodeградацией, влагоудерживающей способностью и гипоаллергенностью, благодаря чему пользуются большой популярностью в практической медицине.

Цель: Оценка перспективы использования биodeградируемой мембраны из альгината натрия с желатином при септопластике.

Материал и методы: Для приготовления образцов мембраны использовали: альгинат натрия, желатин, а для полимеризации полученного раствора - глюконат кальция 10%. Все потенциально болезненные вмешательства проводили с использованием золетил-ксилазинового наркоза. В исследовании на 4 кроликах самцах выполнили субтотальную перфорацию барабанной перепонки. В обеих группах в качестве аутоотрансплантата для закрытия перфорации использовали - фасцию височной мышцы, которую укладывали способом overlay. В основной группе на аутоотрансплантат помещали мембрану из альгината натрия с желатином, в контрольной группе на аутоотрансплантат мембрану не укладывали. Осмотр с помощью отоскопа проводили на 6, 8, 10, 12, 14, 20 сутки. На 30 сутки эксперимента неотимпанальную мембрану подвергали диссекции из ее фиброзного кольца для гистологической оценки. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты и их обсуждение: Как показало исследование, на 20 сутки в основной группе укладываемая мембрана подверглась полной биodeградации, неотимпанальная мембрана имела розовый цвет, при пальпации зондом-крючком отмечалась ее прочность. В контрольной группе к 20 суткам у одного кролика на месте укладки фасции височной мышцы были обнаружены грануляции с выраженной гиперемией, кровоточащие при касании ушным зондом, у второго кролика грануляции имели умеренный характер. По результатам гистологической оценки в обеих группах к 30 дню послеоперационного периода основной слой был представлен параллельно ориентированными коллагеновыми волокнами. В основной группе наблюдалась полноценная эпителизация неотимпанальной мембраны, ее умеренная васкуляризация, укладываемая биodeградируемая мембрана из альгината натрия и желатина подверглась полной биodeградации. В контрольной группе были обнаружены расширенные сосуды, а также неравномерное утолщение эпидермиса, что скорее всего свидетельствовало о незавершенном характере репарации, в отличие от основной группы, где произошла более ранняя и полноценная эпителизация неотимпанальной мембраны.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что мембрана из альгината натрия с желатином создаёт благоприятные условия для репарации тканей, она обладает биосовместимостью, контролируемой биodeградацией, влагоудерживающей способностью. Таким образом мы предполагаем, что использование данной мембраны при септопластике, размещая ее между слизистой оболочкой и

назальными шинами, может ускорить эпителизацию, создать оптимальные условия для более ранней и полноценной репарации слизистой оболочки перегородки носа.

8.

Применение аддитивных технологий моделирования и производства в лечении рубцового стеноза преддверия носа

Кишиневский А.Е.*, Крюков А.И.**, Товмасын А.С.***, Шведов Н.В.****, Поляева М.Ю.*****, Мосин В.В.*****

*Научно-исследовательский клинический Институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского, Москва, Россия

**1) ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. 2) Кафедра оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

***ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. Москва Россия

****ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. Москва Россия

*****ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. Москва Россия

*****ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. Москва Россия

Введение: Рубцовые стенозы преддверия носа требуют длительного стентирования в послеоперационном периоде для предотвращения рецидива, при этом распространённость и форма стеноза имеют индивидуальную вариабельность, что затрудняет использование универсальных стентов. В настоящий момент отсутствует единый подход к выбору метода и сроков стентирования.

Цель: Разработка персонализированной методики лечения рубцового стеноза преддверия носа с применением аддитивных технологий.

Материал и методы: В рамках работы проводилось последовательное выполнение следующих задач с применением соответствующего программного обеспечения (ПО):

- Экстракция и выделение данных по пространственной анатомии полости носа пациентов («Vidar DICOM Viewer» ver. 3.3). Для построения 3d-модели использовали результаты мультиспиральной компьютерной томографии носа и околоносовых пазух с толщиной среза не более 1 мм.
- Трёхмерное моделирование (DesignSpark Mechanical, США).
- Трёхмерная печать (принтер «3BL» (Formlabs, США), биосовместимый фотополимерный материал для печати «Biomed Elastic» (Formlabs, США).

Результаты и их обсуждение: Разработанный алгоритм персонализированного лечения рубцового стеноза преддверия носа:

1. Создание 3D-модели области стеноза полости носа пациента и окружения ± 2 см на основании данных компьютерной томографии.
2. Импортирование полученной модели в ПО.
3. Редактирование в ПО формы и размера стента в соответствии с формой и анатомическими характеристиками преддверия носа и его сужения.

4. Распечатывание полученной индивидуальной 3d-модели стента на 3d-принтере из биосовместимого полимерного эластичного материала.
5. Выполнение хирургического лечения в объеме иссечения рубцовой ткани преддверия носа при помощи хирургического лазера. Установка напечатанного стента и фиксация его узловыми швами.
6. Удаление стента через 3 месяца.

Разработанный алгоритм был применен у 3 пациентов с послеоперационным стенозом преддверия носа. Во всех случаях был получен удовлетворительный результат лечения с восстановлением функции носового дыхания, стеноз не рецидивировал (срок наблюдения 6 месяцев).

Выводы: Разработан новый персонализированный подход к лечению стенозов преддверия носа с применением аддитивных технологий и показана его эффективность в клинической практике. Побочных явлений установки стента не наблюдалось, за исключением затруднения носового дыхания во время периода установки стента и слабо выраженного дискомфорта при его нахождении в полости носа. В дальнейшем планируется расширение клинической группы исследования.

9.

Аллергический ринит и нарушение сна у детей с адено tonsиллярной гипертрофией

Архангельская И.И.*, Ивойлов А.Ю.**

*ГБУЗ НИКИО им Л.И. Свержевского, Москва, Россия

**ГБУЗ НИКИО им Л.И. Свержевского, Москва, Россия

Введение: Аллергический ринит (АР) является распространенным хроническим заболеванием респираторного тракта. Согласно статистическим исследованиям этой формой ринита страдает примерно 30% населения земного шара, а в некоторых странах и регионах заболеваемость превышает 40%. Самый частый симптом АР - затруднение носового дыхания, являющийся одним из факторов возникновения первичного храпа и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

Цель: Изучить полиграфические особенности сна у детей с адено tonsиллярной гипертрофией на фоне сезонного аллергического ринита

Материал и методы: В отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ на базе на базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского было обследовано 23 ребенка с адено tonsиллярной гипертрофией, обструктивным нарушением сна и сезонным аллергическим ринитом в возрасте от 3 до 13 лет.

В качестве диагностического исследования нарушения дыхания во сне использовался прибор для проведения пульсоксиметрии Wrist Pulse Oximeter MD300W с детским датчиком (Германия). Параметры исследования отображались на дисплее в виде показателей сатурации (SPO2) и частоты пульса (PR). Получаемые данные сохраняли в памяти пульсоксиметра. Применялась рефракционная (отражающая) технология регистрации сигнала во сне.

Комплекс обследования включал жалобы и анамнез заболевания; осмотр ЛОР органов (передняя, задняя риноскопия, фарингоскопия, отоскопия); эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки; лабораторные исследования – клинический анализ крови (контроль уровня эозинофилов), ринопитогамму и определение титра специфических антител класса IgE.

Результаты и их обсуждение: Родители пациентов предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, ринорею, чихание, зуд в носу, храп и нарушение сна, которые имели место у детей. Индексы десатурации по данным мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии распределились следующим образом: от 1 до 5 эпиз. /час – у 16 (69,6%) детей; от 5 до 15 эпиз. / час – 5 (21,7%) детей, > 15 эпиз. / час - у 2-их (8,7%) детей. Анализ результатов пульсоксиметрии показал – легкая степень СОАС выявлена у 16 детей, средняя степень СОАС – у 5 детей, тяжелая степень СОАС – у 2 детей. При эндоскопии носоглотки аденоиды II степени выявлены у 5 детей, аденоиды III степени у 18 детей. Гипертрофия небных

миндалин III степени выявлена у 14 детей. Результаты комплексного обследования детей подтвердили наличие у детей сезонного аллергического ринита (определение титра специфических антител класса Ig E). Всем детям проведено хирургическое лечение вне обострения аллергического ринита – аденотомия и аденотонзиллотомия и коррекция аллергической терапии.

Выводы: В качестве объективных методов диагностики нарушения сна у детей с аллергическим ринитом и аденотонзиллярной гипертрофией необходимо проведение ночной компьютерной мониторинговой пульсоксиметрии и аллергодиагностики: риноцитограммы, определение специфических антител класса IgE. Крайне важно своевременное выявление взаимосвязи между этими состояниями у детей для определения дальнейшей тактики лечения.

10.

Атипичные случаи в детской дакриологии

Присич Н.В.* , Бржеский В.В.** , Вerezгов В.А.*** , Павлов П.В.**** , Ефимова Е.Л.*****

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет, Санкт-Петербург, Россия

**Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

***Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет Санкт-Петербург Россия

****Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет Санкт-Петербург Россия

*****Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет Санкт-Петербург Россия

Введение: Патология слезоотводящих путей у детей уже многие годы является одной из актуальных проблем офтальмологии. В структуре таких заболеваний главенствуют врождённые пороки развития слезоотводящих путей, однако не менее значима также их приобретенная патология на почве:

- стенозов слезных точек и канальцев после воспалительных заболеваний конъюнктивы;
- заболеваний ЛОР органов;
- травм средней зоны лица.

У детей после воспалительных заболеваний век и конъюнктивы нередко происходит заращение слезных точек: после острых конъюнктивитов, ветряной оспы, когда высыпания наблюдаются на слизистых оболочках. На фоне синдрома Лайелла развивается как изолированный стеноз слезных точек и/или слезных канальцев, так и вторичный стеноз носослезного протока (в т.ч. на всем его протяжении). У таких детей слезный сосочек выражен, слезная точка спавшаяся, в ней может визуализироваться фиброзная мембрана.

При воспалительных заболеваниях слизистой носа стеноз формируется в дистальном отделе носослезного канала, в месте его выхода в нижний носовой ход. При этом эпифору в клинической картине зачастую утяжеляют симптомы дакриоцистита.

Посттравматический стеноз слезных канальцев и носослезного протока у детей встречается относительно реже, однако поврежденные слезные канальцы с трудом поддаются функциональному восстановлению. Учитывая редкость приобретенной патологии у детей, их анатомические особенности, малый объем полости носа для манипуляций и др., закономерно возникает вопрос о поиске рациональных способов их лечения.

Цель: Определить частоту встречаемости и этиологию приобретенной патологии слезоотводящих путей в возрасте от 1 до 18 лет, с акцентом на атипичные случаи в детской дакриологии.

Материал и методы: В период с 2017 по 2024 годы в офтальмологическом и отоларингологическом отделениях Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

получали лечение 477 детей в возрасте от 1 до 18 лет со стенозом различных отделов слезоотводящих путей.

Стандартное диагностическое обследование было дополнено следующими манипуляциями:

- «цветные» пробы на слезоотведение,
- диагностическое промывание слезоотводящих путей,
- мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) слезоотводящих путей с контрастированием (при необходимости),
- ринологическое обследование,
- при наличии сопутствующей посттравматической патологии лицевого черепа – консультация челюстно-лицевого хирурга.

Следует отметить, что все дети после дорожно-транспортных происшествий поступали в офтальмологическое отделение после реконструктивных операций на костях лицевого черепа. Дети с сопутствующей патологией или врожденными пороками ЛОР-органов находились на лечении как в офтальмологическом, так и в отоларингологическом отделениях. Необходимое оперативное лечение проводилось в условиях офтальмологической или ЛОР-операционной – с эндоназальной видеоэндоскопией.

Результаты и их обсуждение: Из наблюдаемых 477 детей со стенозом слезоотводящих путей всего 9 (1,89%) случаев приходилось на посттравматические изменения. У 22 детей (4,82%) нарушение проходимости слезоотводящих путей развилось вследствие перенесенных воспалительных заболеваний вспомогательного аппарата (острый конъюнктивит, синдромы Лайелла, Стивенса-Джонсона, ветряная оспа, воспалительные заболевания век). У 8 детей (1,68%) причиной эпифоры явилась сопутствующая патология ЛОР-органов. Основную же когорту пациентов составили дети с врожденной патологией слезоотведения.

Представляет интерес анализ некоторых «нестандартных» клинических случаев.

Пациент 1. Мальчик 9 лет, после автотравмы находился на лечении по месту жительства с диагнозом: Открытая непроникающая ЧМТ. Вдавленный депрессионный перелом лобной кости. Перелом основания черепа. Множественные переломы костей лица. Контузионные очаги лобных долей, субарахноидальное кровоизлияние. Гемосинус.

Ребенку проведено двухэтапное реконструктивное оперативное лечение:

1. В первые сутки после травмы: микрохирургическая реконструкция лицевого скелета и основания черепа с компьютерным моделированием с применением биосовместимых пластических материалов и ресурсоемких имплантов. Устранение сдавления головного мозга костными обломками. Аутокраниеопластика.
2. Через 3 недели: открытая репозиция – металлоостеосинтез скулоорбитального комплекса и медиальной стенки орбиты слева титановыми микропластинами.

После операции у мальчика появились жалобы на слезостояние, слизисто-гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости, затем возникла «припухлость» в области слезного мешка слева.

По месту жительства проведено МСКТ слезных путей с контрастированием: КТ-признаки непроходимости левого носослезного канала, множественные переломы краниофациальной области после оперативной фиксации в стадии консолидации.

Пациент направлен в офтальмологическое отделение СПбГПМУ. При поступлении отмечена легкая диплопия при взгляде прямо. Острота зрения обоих глаз 1,0. Справа вспомогательный аппарат и глазное яблоко не изменены. Слева – выраженное слезостояние, умеренное слезотечение. Область слезного мешка пастозна, при его компрессии получено обильное слизисто-гнойное отделяемое из нижней слезной точки. Глазное яблоко интактно.

Канальцевая проба с обеих сторон положительная. Слезно-носовая проба справа положительная, слева отрицательная. При диагностическом промывании слева жидкость с примесью слизи возвращается через верхнюю слезную точку.

Учитывая узкую носовую полость, плотно прилегающую нижнюю носовую раковину, обнаруженные при ринологическом обследовании, возможность эндоназальных манипуляций и проведение дакриоцисториностомии затруднены.

Ребенку проведено оперативное лечение: эндоназальная эндоскопическая ревизия полости носа слева с иссечением синехии полости носа и медиализацией нижней носовой раковины с последующим бужированием и стентированием слезоотводящих путей слева.

На фоне ношения силиконового стента отмечалось незначительное слезостояние, область слезного мешка без отека, образование не пальпируется, при нажатии на нее отделяемого не получено. Силиконовый стент удален из слезоотводящих путей через 2 мес., после чего наблюдалась положительная динамика, отсутствие эпифоры и отделяемого в течение 6 мес. Однако, затем было отмечено постепенное увеличение слизистого отделяемого, наполнение слезного мешка.

Ребенок консультирован челюстно-лицевым хирургом по месту жительства: учитывая диплопию, рецидив дакриоцистита, принято решение об очередном этапе реконструктивного оперативного лечения лицевого скелета с последующим повторным проведением МСКТ слезоотводящих путей с контрастированием и решением вопроса о возможности дакриоцисториностомии.

Пациент 2. Девочка 6 лет, находилась на лечении в офтальмологическом отделении СПбГПМУ с диагнозом: Абсцедирующее образование нижнего века, врожденная фистула слезного мешка справа. Сопутствующий диагноз: острый этмоидит. Из анамнеза известно, что ребенок с рождения наблюдается у офтальмолога с фистулой слезного мешка справа. В возрасте 5 лет на фоне острого риносинусита и этмоидита впервые развился абсцесс слезного мешка справа, проводились антибактериальная терапия, вскрытие абсцесса под местной анестезией. Отмечено выздоровление. Через 10 мес. на фоне ринита вновь появился отек в проекции слезного мешка и фистулы. В амбулаторных условиях ребенок получал системную и местную антибактериальную и противовоспалительную терапию, на фоне которой состояние ухудшилось и пациентка направлена для стационарного лечения.

При поступлении общее состояние ребенка не нарушено, лихорадки, признаков интоксикации нет. Справа слезотечения и слезостояния нет, выраженный отек и гиперемия кожи в области слезного мешка, распространяющиеся на нижнее веко, щеку и переносицу. При пальпации веко мягкое, болезненное. На ресницах – сухие корочки. Отделяемого из конъюнктивальной полости нет. При надавливании на область слезного мешка отделяемого не получено. Глазное яблоко интактно. На рентгенограмме придаточных пазух носа - пристеночное утолщение слизистой задних решетчатых клеток.

В отделении девочке проведен курс системной антибактериальной терапии, с непродолжительной положительной динамикой, что в итоге потребовало вскрытия и дренирования абсцесса нижнего века справа. В послеоперационном периоде в ране отмечался вялотекущий воспалительный процесс.

МСКТ области носослезного канала справа (контраст введен через кожный свищ и через нижнюю слезную точку): КТ-признаки патологической полости снаружки от слезного мешка, сообщающейся с фистулой и с полостью слезного мешка.

После купирования воспалительных явлений проведено иссечение врожденной фистулы слезного мешка и образования нижнего века правого глаза.

Через 1 месяц после операции жалоб нет, область слезного мешка не изменена, при компрессии на нее отделяемого не получено. По результатам МСКТ с контрастированием: проходимость СОП справа не нарушена. КТ-признаков воспалительных изменений околоносовых пазух не выявлено.

Пациент 3. Мальчик, 3 года 11 мес., находился на обследовании и лечении в отоларингологическом отделении СПбГПМУ с жалобами на периодический насморк, заложенность носа справа, отделяемое из правого глаза и слезотечение, которые появились в возрасте 3 лет. Получал местную антибактериальную, противовоспалительную терапию без эффекта. В амбулаторных условиях проведена МСКТ придаточных

пазух носа, которая выявила образование в полости носа справа. При риноскопии справа визуализируется округлое новообразование, выступающее из-под нижней носовой раковины и значительно перекрывающее общий носовой ход. Слева полость носа не изменена, свободна.

По результатам МСКТ с контрастированием: справа по ходу носослезного канала, от уровня слезного мешка до нижнего носового хода визуализируется кистовидное образование. Носослезный канал расширен, киста незначительно пролабирует в полость гайморовой пазухи. Контрастное вещество в полости носа не прослеживается.

Проведена эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия справа, в ходе которой иссечена нижняя стенка назолакримальной кисты и удалены мягкие ткани в передней $1\frac{1}{3}$ свода нижнего носового хода. Слезоотводящие пути интубированы силиконовым стентом.

По результатам гистологического исследования определены фрагменты волокнистой соединительной и грануляционной ткани, что может соответствовать кистозному образованию в полости носа.

Однако в послеоперационном периоде в течение 10 суток сохраняется умеренное количество слизистого отделяемого при нажатии на область слезного мешка, нить-проводник подвижна. Ребенок выписан с рекомендациями массажа области слезного мешка.

Выводы: Приобретенная патология слезоотводящих путей встречается в детской дакриологической практике в 8,18% случаев. Чаще она связана с перенесенными воспалительными заболеваниями, равную долю занимают посттравматические изменения и сопутствующая ЛОР-патология. Тактика лечения каждого ребенка с атипичным стенозом носослезного протока должна носить индивидуальную направленность, с учетом результатов диагностических исследований, особенностей и эффективности проведенных ранее манипуляций. При обследовании следует учитывать возможное наличие иных аномалий как слезоотводящих путей, так и полости носа. Взаимодействие офтальмолога и отоларинголога на всех этапах лечебно-диагностического процесса повышает его эффективность, а также позволяет избежать излишних хирургических и терапевтических манипуляций.