

ISSN 2414-9713 (Online), ISSN 2310-5194 (Print)

HEAD & NECK

RUSSIAN JOURNAL

май 2018

2

ПРИЛОЖЕНИЕ

ГОЛОВА И ШЕЯ

ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**VI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО
КОНГРЕССА ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ
ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

17–19 МАЯ 2018 Г., МОСКВА

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ



Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи 17–19 МАЯ 2018, МОСКВА

Национальный медицинский
исследовательский центр нейрохирургии
имени академика Н. Н. Бурденко.

ОСНОВНЫЕ ТЕМАТИКИ

- Онкология
- Нейрохирургия
- Офтальмология
- Реконструктивная и пластическая хирургия
- Челюстно-лицевая хирургия
- Стоматология
- Комбинированное лечение опухолей головы и шеи
- Эндокринология
- Оториноларингология
- Лучевая диагностика
- Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»
- II круглый стол «Реконструктивно-пластическая хирургия гортани и трахеи у детей и взрослых»
- Общие вопросы
- Радиотерапия
- Сопроводительная терапия
- Регенеративная медицина
- Морфология
- Анестезиология
- Нутрициология
- Медицинская реабилитация
- Конференция «Общества помощи пациентам с опухолями головы и шеи»

ОРГАНИЗАТОР

СООРГАНИЗАТОРЫ



Координаторы проекта:
к.м.н. Спирин Дмитрий Сергеевич
+7 (965) 193-55-82, e-mail: dmitspirin@rambler.ru
к.м.н. Пряников Павел Дмитриевич
+7 (926) 868-90-01, e-mail: prynikovpd@yandex.ru

HEADNECKCONGRESS.RU



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**VI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО
КОНГРЕССА ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ
ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ С
МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

МОСКВА, 17–19.05.2018

РЕДКОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА «ГОЛОВА И ШЕЯ»

Журнал Федерации специалистов по лечению заболеваний головы и шеи

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Решетов И.В. – главный редактор, академик РАН, д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Дробышев А.Ю. – зам. главного редактора, д.м.н. профессор, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

Грачев Н.С. – научный редактор, к.м.н., ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева», Москва, Россия

Святославов Д.С. – научный редактор, к.м.н., ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Пряников Павел Дмитриевич – ответственный секретарь, к.м.н., ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева», Москва, Россия

РЕДКОЛЛЕГИЯ

Бровкина А.Ф., академик РАН, д.м.н., профессор РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Давыдов Д.В., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Дайхес Н.А., чл.-корр. РАН, д.м.н. профессор, ФГБУ НКЦО ФМБА России, Москва, Россия

Иванов С.Ю., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Кубанова А.А., академик РАН, д.м.н., профессор, ГБУЗ

«Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского», Москва, Россия

Кропотов М.А., д.м.н., профессор, Центр диагностики и лечения опухолей

головы и шеи МКНЦ, Москва, Россия

Крюков А.И., д.м.н., профессор, ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского», Москва, Россия

Кулаков А.А., академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ»

Минздрава России, Москва, Россия

Мальгинов Н.Н., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

Мантурова Н.Е., д.м.н., профессор, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Мамонтов А.С., д.м.н., профессор, МНИОИ им. П. А. Герцена, Москва, Россия

Мудунов А.М., д.м.н., доцент, ФГБУ НМИЦ им. Н.Н.Блохина МЗ РФ,

Москва, Россия

Медведев Ю.А., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»,

Москва, Россия

Мельниченко Г.А., академик РАН, д.м.н., профессор, Институт клинической

эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава

России, Москва, Россия

Неробеев А.И., д.м.н., профессор, РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Поляков К.А., к.м.н., доцент, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

(Сеченовский университет), Москва, Россия

Поляков А.П., к.м.н., доцент, МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Потекаев Н.Н., д.м.н., профессор, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия

Подвязников С.О. д.м.н., профессор, ФГБУ НМИЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ,

Москва, Россия

Путь В.А. д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

(Сеченовский университет), Москва, Россия

Романчишен А.Ф., д.м.н., профессор Санкт-Петербургский государственный

педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Саакян С.В., д.м.н., профессор, ФГБУ «Московский научно-исследовательский

институт глазных болезней им. Гельмгольца», Москва, Россия

Садовский В.В., академик РАМТН, д.м.н., профессор, президент СтАР, Москва,

Россия

Свиштушкин В.М., д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Старцева О.И. д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

(Сеченовский университет), Москва, Россия

Усачев Д.Ю., член-корр. РАН, д.м.н., профессор, ФГАУ «Национальный меди-

цинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко»,

Москва, Россия

Черехаев В.А., д.м.н., профессор, ФГАУ «Национальный медицинский исследо-

вательский центр нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко», Москва, Россия

Чойнзонов Е.Л., академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО СибГМУ, Томск,

Россия

Янов Ю.К., академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБУ «СПб НИИ ЛОР»,

Санкт-Петербург, Россия

Янушевич О.О., член-корр. РАН, профессор, ФГБОУ ВО «МГМСУ

им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Васильев Ю.В., чл.-корр. РАН, профессор, ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Вербо Е.В., д.м.н., профессор, ЦНИИС и ЧЛХ, Москва, Россия

Галимова В.У., д.м.н., профессор, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Гарбузов П.И., к.м.н. ФГБУ «НМИЦ радиологии», Обнинск, Россия

Еричев В.П., д.м.н., профессор, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Крылов В.В., академик РАН, д.м.н., профессор, ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

Накатис Я.А., д.м.н., профессор Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Поляков В.Г., академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБУ НМИЦ им. Н.Н.Блохина МЗ РФ, Москва, Россия

Поталов А.А., академик РАН, д.м.н., профессор, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко», Москва, Россия

Рабинович И.М., д.м.н., профессор, ЦНИИС и ЧЛХ, Москва, Россия

Румянцев П.О., д.м.н., профессор ФГБУ НМИЦ Эндокринологии, Москва, Россия

Трофимов Е.И., д.м.н., профессор, ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

Топольницкий О.З., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «МГМСУ

им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

Хмельевский Е.В., д.м.н., профессор, МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва,

Россия

ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

Belotzerkovsky I., Belarus

Dobke M., prof. USA

Dzodich R., Serbia

Fliss D., prof. Israel

Golusinsky W., prof. Poland

Holodny A., prof. USA

Kim K., prof. South Korea

Klozar J., prof. Czech Republic

Lefebvre J.L., prof. France

Lisitra L., prof. Italy

Margolin G., prof. Sweden

Rapidis A., prof. Greece

Shah J., prof. USA

Spriano G., prof. Italy

Subramanian S., assistant prof. India

Zabolotny N., prof. Ukraine

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА

Бойко А.В., д.м.н., профессор, МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Бяхов М.Ю., д.м.н., профессор, ГБУЗ «Московский клинический

научно-практический центр», Москва, Россия

Зайцев А.М., к.м.н., МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

Осипенко Е.В., к.м.н., ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии

ФМБА России», Москва, Россия

Поляков П.Ю., д.м.н., профессор, ГБУЗ МО МНИКИ им. М. Ф.

Владимирского, Москва, Россия

Приходько А.Г., д.м.н., профессор, ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар, Россия

Кравцов С.А., д.м.н., Московский онкологический клинический диспансер №1,

Москва, Россия

Кузнецов Н.С., д.м.н., профессор, ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», Москва,

Россия

Новожилова Е.Н., д.м.н., ГБУЗ «Московская городская онкологическая

больница №62 ДЗМ», Красногорск, Россия

Романов И.С., д.м.н., ФГБУ НМИЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ, Москва, Россия

Светицкий П.В., д.м.н., профессор ФГУ «Ростовский научно-исследовательский

онкологический институт» Ростов-на-Дону, Россия

Сдвижков А.М., д.м.н., профессор, Московский онкологический клинический

диспансер №1, Москва, Россия

Стоюхина А.С., к.м.н., ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных

болезней», Москва, Россия

Субраманиан С., д.м.н., директор Евразийской федерации онкологии (EAF0)

Трофимов Е.И., д.м.н., профессор, ФГБУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского,

Москва, Россия

Шевченко С.П., д.м.н., профессор, ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница

№1», Новосибирск, Россия

EDITORIAL BOARD OF "HEAD&NECK" JOURNAL

Journal of the Russian Federation of treatment specialists in Head&Neck pathology

EDITORIAL BOARD

Reshetov I.V. – Editor in Chief, Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Drobyshev A.Yu. – Deputy Editor-in-Chief, Doctor of Medicine, professor, FSAEI «MSMSU named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

Grachev N.S. – scientific editor, MD, Ph.D., FSBI «NMRC CHOI named after Dmitry Rogachev», Moscow, Russia

Svyatoslavov D.S. – scientific editor, MD, Ph.D., FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Pryanikov P.D. – Executive Secretary, MD, Ph.D., FSBI «NMRC CHOI named after Dmitry Rogachev», Moscow, Russia

EDITORIAL BOARD

Brovkina A.F., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor RMACPE of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Davydov D.V., MD, Professor, FSAEI «Russian University of peoples' friendship», Moscow, Russia

Daikhes N.A., corr. member of RAS, MD, Professor, FSBI NCCO FMBA of Russia, Moscow, Russia

Ivanov S.Yu., corr. member of RAS, MD., Professor, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Kubanova A.A., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, SBIH «Scientific Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology named after L.I. Sverzhvsky», Moscow, Russia

Kropotov M.A., MD, Professor, Center of Head and Neck Tumors Diagnosis and Treatment, MCSC, Moscow, Russia

Kryukov A.I., MD, professor, SBIH «Scientific Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology named after L.I. Sverzhvsky», Moscow, Russia

Kulakov A.A., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, FSBI «CSRIS&MFS» of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Malginov N.N., MD, professor, FSBEI «MSMSU named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

Manturova N.E., MD, Professor, RCRMU named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Mamontov A.S., MD, professor, MSROI named after P.A. Herzen, Moscow, Russia

Mudunov A.M., MD, associate professor, FSBI NMRC named after N.N. Blokhin, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Medvedev Yu.A., MD, Professor, FSAEI «MSMSU named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

Melnichenko G.A., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, Institute of Clinical Endocrinology, FSBI «Endocrinology scientific Center», Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Nerobeyev A.I., MD, Professor, RMACPE of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Polyakov K.A., Ph.D., Associate Professor, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Polyakov A.P., Ph.D., Associate Professor, MSROI named after P.A. Herzen, Moscow, Russia

Potekaev N.N., MD, professor, RSRMU named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Podviaznikov S.O., MD, professor, FSBI NMRC named after N.N. Blokhin, MH RF, Moscow, Russia

Put' V.A., MD, Professor, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Romanchysheva A.F., MD, Professor, St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Sahakyan S.V., MD, professor, FSBI «Moscow Scientific Research Institute of Eye Diseases named after Helmholtz», Moscow, Russia

Sadovsky V.V., Academician of RAMTS, Ph.D., Professor, President of the STAR, Moscow, Russia

Svistushkin V.M., Ph.D., Professor, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Startseva O.I. MD, Professor, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia

Usachev D.Yu., corresponding member of RAS, MD, Professor, FSAI «National Medical Research Center of Neurosurgery named after acad. N.N. Burdenko», Moscow, Russia

Cherekaev V.A., MD, professor, FSAI «National Medical Research Center of Neurosurgery named after acad. N. N. Burdenko», Moscow, Russia

Choinzonov E.L., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, FSBEI SibSMU, Tomsk, Russia

Yanov Yu.K., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, FSBU «St. Petersburg Scientific Research Institute of LOR», St. Petersburg, Russia

Yanushevich O.O., corresponding member of RAS, Professor, FSBEI «MSMSU named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

EDITORIAL COUNCIL

Vasilyev Yu.V., Corr. Member of RAS, Professor, SBIH MCSC named after A.S. Loginov, DHM, Moscow, Russia

Verbo E.V., MD, professor, CSRIS&MFS, Moscow, Russia

Galimova V.U., MD, Professor, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Garbuzov P.I., MD, PhD, FSBI «NMRC of Radiology», Obninsk, Russia

Ericev V.P., MD, Professor, FSBSU «Scientific Research Institute of Eye Diseases», Moscow, Russia

Krylov V.V., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, professor, SBIH «SRC SC named after N.V. Sklifosovskiy DHM», FSBEI «MSMSU named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

Nakatis Ya.A., MD, Professor, Clinical Hospital #122 named after L.G. Sokolov, FMBA of Russia, St. Petersburg, Russia

Polyakov V.G., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD, professor, FSBI NMRC named after N.N. Blokhin, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Potapov A.A., Academician of the Russian Academy of Sciences, MD., Professor, FSAI National Medical Research Center of Neurosurgery named after Academician N. N. Burdenko, Moscow, Russia

Rabinovich I.M., MD, professor, CSRIS&MFS, Moscow, Russia

Rumyantsev P.O., MD, Professor, FSBI NMRC of Endocrinology, Moscow, Russia

Trofimov E.I., MD, professor, FSBSU «RSCS named after acad. B.V. Petrovskiy», Moscow, Russia

Topolnitsky O.Z., MD, professor, FSBEI «MSMSU named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

Khmelevsky E.V., MD, professor, MSROI named after P.A. Herzen, Moscow, Russia

FOREIGN EDITORIAL BOARD MEMBERS

Belotzerkovskiy I., Belarus

Dobke M., prof. USA

Dzodich R., Serbia

Fliss D., prof. Israel

Golusinsky W., prof. Poland

Holodny A., prof. USA

Kim K., prof. South Korea

Klozar J., prof. Czech Republic

Lefebvre J.L., prof. France

Lisitra L., prof. Italy

Margolin G., prof. Sweden

Rapidis A., prof. Greece

Shah J., prof. USA

Spriano G., prof. Italy

Subramanian S., assistant prof. India

Zabolotny N., prof. Ukraine

EXPERT GROUP

Boyko A.V., MD, professor, MSROI named after P.A. Herzen, Moscow, Russia

Byakhov M.Yu., MD, Professor, SBIH Moscow Clinical Scientific and Practical Center, Moscow, Russia

Zaitsev A.M., MD, Ph.D., MSROC named after P.A. Herzen, Moscow, Russia

Osipenko E.V., MD, PhD, FSBI «Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology of FMBA of Russia», Moscow, Russia

Polyakov P.Yu., MD, professor, SBIH MR MONIKI named after MF Vladimirov, Moscow, Russia

Prikhodko A.G., MD, Professor, SBEI Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Kravtsov S.A., MD, Moscow Oncological Clinical Dispensary No. 1, Moscow, Russia

Kuznetsov N.S., MD, Professor, FSBI NMRC of Endocrinology, Moscow, Russia

Novozhilova E.N., MD, SBIH «Moscow Municipality Oncological Hospital No. 62 DHM», Krasnogorsk, Russia

Romanov I.S., MD, Ph.D. FSBI NMRC named after N.N. Blokhin, MH RF, Moscow, Russia

Svetitskiy P.V., MD, Professor, FSI Rostov Scientific Research Cancer Institute, Rostov-on-Don, Russia

Sdvizhkov A.M., MD, Professor, Moscow Oncological Clinical Dispensary No. 1, Moscow, Russia

Stoyukhina A.S., Ph.D., FSBSI «Scientific Research Institute of Eye Diseases», Moscow, Russia

Subramanian S., MD, Director of the Eurasian Federation of Oncology (EAF0)

Trofimov E.I., MD, Professor, FSBI RSCS named after acad. B.V. Petrovskiy, Moscow, Russia

Shevchenko S.P., MD, Professor, SBIH Municipality Clinical Hospital No.1, Novosibirsk, Russia

ВСТУПЛЕНИЕ

Уважаемые участники VI Международного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи!

Предлагаем Вашему вниманию тематический сборник тезисов – работ, поступивших на Конгресс. В связи с их большим количеством Федерация специалистов по лечению заболеваний органов головы и шеи, а также редколлегия журнала приняли решение о целесообразности публикации единого издания для удобства участников Конгресса и авторов исследований.

Редколлегия журнала решила облечь сборник в форму традиционного выпуска для поднятия престижа, удобства восприятия и использования информации. Он также будет размещен на сайте Федерации с возможностью общего доступа.

Оргкомитет Конгресса и редколлегия журнала

СОДЕРЖАНИЕ

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Трехмерный цефалометрический анализ лицевого черепа на основании данных компьютерной томографии у пациентов с посттравматическими повреждениями – Гусаров А.М., Мураев А.А., Иванов С.Ю., Оборотистов Н.Ю.	11
Роль КТ, МРТ методов в диагностике и хирургическом лечении параганглиом височной кости – Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Коробкин А.С., Умаров П.У., Куян Ю.С., Сорокин И.В., Загорская Д.А.	12
«Нейроваскулярный конфликт» и «нейроваскулярный контакт» VIII нерва – Кунельская Н.Л. Мищенко В.В.	12
Возможности КТ, МРТ в диагностике рака гортани – Сорокин И.В., Коробкин А.С., Куян Ю.С.	12
Алгоритм анализа диагностических изображений на послеоперационном этапе кохлеарной имплантации – Иванова И.В., Лежнев Д.А., Макарова Д.В., Сангаева Л.М.	13
Постпроцессорная обработка компьютерных томограмм в оценке положения электродной решетки при кохлеарной имплантации – Иванова И.В., Лежнев Д.А., Макарова Д.В.	13
Клинико-томографическая оценка состояния околоносовых пазух при назальной ликворее – Власова М.М., Пискунов И.С., Щербук А.Ю., Кривопапов А.А.	14
Оценка послеоперационных изменений околоносовых пазух и диагностика рецидивов назоликвореи с помощью метода динамического клинико-томографического сопоставления – Власова М.М., Пискунов И.С., Щербук А.Ю., Кривопапов А.А.	14

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Первый опыт автоматической оценки степени поражения лицевого нерва – Поляков А.П., Самородов А.В., Лаврова Е.В., Мордовский А.В., Никифорович П.А., Кудрин К.Г.	15
Применение неинвазивной вентиляции легких у пациента с синдромом обструктивного апноэ сна на фоне сужения глотки опухолью основания черепа (2-летнее наблюдение) – Бузунов Р.В., Гаврилова А.М.	15
Ботулинотерапия в коррекции синкинезий и контрактур у пациентов с невротией лицевого нерва после нейрохирургических вмешательств – Акулов М.А., Орлова О.Р., Захаров В.О., Тяншин С.В., Усачев Д.Ю., Шиманский В.Н., Карнаухова В.В., Колычева М.В., Орлова А.С.	16
Электростимуляция как катализатор ускорения восстановления мимики после реконструктивной операции по реиннервации мимической мускулатуры донорским нервом – Сомова М.М., Доманский В.Л.	16
Реабилитация пациентов после удаления опухолей околоушной слюнной железы парафарингеальной локализации – Калауцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Бубнова Е.В.	17
Лечение пациентов с оптической невротией различного генеза методом гипербарической оксигенации – Левина О.А., Кутровская Н.Ю., Левченко О.В., Каландари А.А., Ревазян К.В.	17

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Расширенная трансфеноидальная хирургия супраселлярных менингиом – есть ли будущее у методики? – Фомичев Д.В., Кутин М.А., Чернов И.В., Кадашев Б.А., Калинин П.Л.	18
Расширенная трансфеноидальная хирургия супраселлярных краниофарингиом – Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Кутин М.А.	18
Эндоскопическое эндоназальное трансфеноидальное удаление аденом гипофиза. Опыт 4000 операций – Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Кутин М.А., Шкарубо А.Н., Кадашев Б.А., Астафьева Л.И.	18
Хирургическая реваскуляризация головного мозга в условиях регионарного сосудистого центра НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского – Крылов В.В., Дашьян В.Г., Лукьянчиков В.А., Далибалдян В.А., Полунина Н.А.	19
Возможности экстраанатомического шунтирования V3 сегмента позвоночной артерии – Антонов Г.И., Миклашевич Э.Р., Гладышев С.Ю., Лазарев В.А., Митрошин Г.Е., Шумаков И.И., Мельничук С.В., Ким А.В.	19
Хирургические реконструкции при экстракраниальном аневризматическом поражении магистральных артерий головы – Антонов Г.И., Митрошин Г.Е., Миклашевич Э.Р., Мельничук С.В., Гладышев С.Ю., Шумаков И.И., Антонов Е.Г., Ким А.В.	20

Опухоли шеи, компримирующие сосудисто-нервный пучок – Усачев Д.Ю., Шевченко Е.В., Лукшин В.А., Пронин И.Н., Шульгина А.А., Соснин А.Д., Ахмедов А.Д., Огурцова А.А.	20
Эндоскопическая трансназальная декомпрессия зрительного нерва у больных в активной стадии эндокринной офтальмопатии – Левченко О.В., Каландари А.А., Кутровская Н.Ю., Саакян С.В., Пантелеева О.Г., Григорьев А.Ю., Эдже М.А., Тимофеева О.Н., Ревазян К.В., Левина О.А.	21
Сочетание ограниченной гемангиомы хориоидеи правого глаза с менингиомой канала зрительного нерва парного глаза (клинический случай) – Саакян С.В., Складорова Н.В., Калинин П.Л., Кутин М.А.	21
Сравнение результатов лечения после эндоскопической трансфеноидальной аденомэктомии у пациентов детского и взрослого возрастов с болезнью Иценко-Кушинга – Григорьев А.Ю., Ивашенко О.В., Азизян В.Н., Надеждина Е.Ю.	22
Особенности планирования мини-доступов в хирургии церебральных аневризм – Джинджихадзе Р.С., Древаль О.Н., Лазарев В.А., Поляков А.В.	22
Миниинвазивный межтеловой спондилодез в лечении локальных и протяженных стенозов шейного отдела позвоночника – Мехси К.Т., Ворона Б.Н.	23

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Анестезиологическое обеспечение в эндоскопической хирургии опухолей дыхательных путей – Осипова Н.А., Соколов В.В., Ветшева М.С., Решетов И.В.	23
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Тактические подходы к лечению рецидивирующих опухолей придаточного аппарата глаза – Енгибарян М.А.	24
Офтальмологическая симптоматика у больных краниоорбитальной кавернозной гемангиомой – Григорьева Н.Н., Серова Н.К., Черехаев В.А., Белов А.И., Щурова И.Н.	24
К вопросу об эффективности протезирования субатрофичных глаз – Филатова И.А., Вериго Е.Н., Денисюк В.О.	24
Оценка безопасности эвисцерации с применением методов радиоволновой хирургии – Филатова И.А., Мохаммад И.М., Чистякова О.В.	25
Выбор оптимальной тактики удаления глаза после операций на зрительном нерве – Филатова И.А.	26
Оценка влияния имплантатов из политетрафторэтилена на микроциркуляцию тканей век – Филатова И.А., Шеметов С.А.	27

РАДИОТЕРАПИЯ

Брахитерапия как один из стандартов лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта – Польшкин В.В., Севрюков Ф.Е., Медведев В.С., Семин Д.Ю., Исаев П.А., Дербуггов Д.Н., Васильков С.В., Моураова Д.Т.	27
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ОНКОЛОГИЯ

Дифференциальная диагностика доброкачественных фиброзно-костных поражений черепа у детей – Кугушев А.Ю.	28
Лечение пациентов с первичным или метастатическим поражением органов головы и шеи методом радиочастотной абляции – Решетов И.В., Быков И.И., Шевалгин А.А., Абасова А.А.	29
Лечение начальных и местно-распространенных форм базальноклеточных карцином кожи головы и шеи – Поляков А.П., Мордовский А.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Никифорович П.А., Филюшин М.М., Самуленко А.Н.	29
Значение чрескожной гарпунной биопсии под контролем ультразвукового исследования при злокачественных новообразованиях гортани и гортаноглотки – Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Коробкин А.С., Решульский С.С., Гафурова А.И.	30
Комбинированный метод лечения папилломатоза гортани взрослых с применением интерферона-альфа – Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.	30
Изменения в лечебно-диагностической практике центра эндокринной хирургии и онкологии в отношении к большим дифференцированным раком щитовидной железы на протяжении более 40 лет – Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А.	31

Технические варианты стернотомии у больных локально-инвазивным дифференцированным раком щитовидной железы – Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Романчишен Ф.А.	31
Ларингофарингоэзофагэктомия как компонент комбинированного лечения местно-распространенного рака шейного отдела пищевода, гортаноглотки и гортани – Рудык А.Н., Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Хамидуллин Р.Г.	32
Лечение опухолей полости носа и придаточных пазух – Штин В.И., Новиков В.А., Гюнтер В.Э., Чойнзонов Е.Ц., Васильев Р.В., Черемисина О.В., Меньшиков К.Ю.	32
Современные стратегии и подходы к лечению метастазов меланомы кожи головы и шеи в лимфатические узлы – Поляков А.П., Маторин О.В., Ратушный М.В., Зенкина Е.В., Мордовский А.В., Ребрикова И.В., Никифорович П.В.	33
Частота осложнений после тиреоидэктомии с шейной лимфодиссекцией у детей, больных раком щитовидной железы – Иванова Н.В., Шишков Р.В., Поляков В.Г.	33
Клинический случай: бифенотипная синоназальная саркома и КРР – Решетов И.В., Быков И.И., Шевалгин А.А.	34
Сочетанные операции при заболеваниях щитовидной железы с вовлечением трахеи – Мирзоян О.С., Гельмутдинова Э.Р., Ипполитов Л.И., Паршин В.Д.	34
Комплексный подход к терапии метастатического рака щитовидной железы – Поляков А.П., Никифорович П.А., Болотина Л.В., Корниецкая А.Л.	34
Ошибки в диагностике и лечении рака щитовидной железы в Москве – Сергеев С.А.	35
Этюды об истории создания отделений опухолей головы и шеи в нашей стране – Сергеев С.А., Решетов И.В., Сергеев С.С.	35
Клетки иммунной системы в регуляции клеточных регенеративных процессов – Куликова Т.Г., Степанова О.В., Валихов М.П., Воронова А.Д., Сироткин В.Н., Терещенко С.Н., Самко А.Н., Масенко В.П., Решетов И.В.	36
Распространенность опухолей головы и шеи в республике Саха (Якутия) – Терентьева З.В., Ширко О.И., Чалыев И.В.	36
Брахитерапия, как один из стандартов лечения плоскоклеточного рака орофарингеальной области – Польшин В.В., Севрюков Ф.Е., Медведев В.С., Семин Д.Ю., Исаев П.А., Дербуггов Д.Н., Васильков С.В., Панасейкин Ю.А., Моураова Д.Т.	37
Индукционная химиотерапия как этап комбинированного лечения больных плоскоклеточным раком орофарингеальной зоны – Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Быков И.И., Шевалгин А.А., Курочкина Ю.С.	37

СТОМАТОЛОГИЯ

Значение условно-патогенной микрофлоры в развитии остеонекрозов челюстей различной этиологии – Поляков К.А., Иванюшко Т.П., Аразашвили Л.Д., Медведев Ю.А., Кунижева М.А.	38
Результаты резонансно-частотного анализа стабильности дентальных имплантатов у пациентов после предварительного выполнения костнопластических операций с применением ревакуляризованных аутоотрансплантатов – Брайловская Т.В., Вербо Е.В., Дениев А.М., Калинин Р.В., Тангиева З.А., Хамраева Н.Т.	38
Хирургическое лечение пациентов со стоматологическими заболеваниями с помощью диодного лазера – Тарасенко С.В., Морозова Е.А., Журавлев А.Н.	39
Хронический неспецифический паренхиматозный паротит у детей – генетически детерминированное наследуемое заболевание – Клиновская А.С.	39
Анализ факторов, определяющих бремя злокачественных новообразований полости рта в самарской области в 2003–2016 гг. – Юсупов Р.Н., Егорова А.Г., Орлов А.Е.	40
Определение уровня S-IGA в сыворотке крови больных хроническим генерализованным пародонтитом как критерий оценки состояния слизистого барьера ротовой полости – Сашкина Т.И., Порядин Г.В., Рунова Г.С., Фасхутдинов Д.К., Салдусова И.В., Соколова С.И., Зайченко О.В., Агаев Р.Р.	40
Объем костного трансплантата у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от возраста – Макеев А.В., Топольницкий О.З., Першина М.А., Федотов Р.Н.	41
Профилактика травмы 3-й ветви тройничного нерва при проведении сагиттальной остеотомии нижней челюсти – Мусаева Э.М., Иванов С.Ю., Мураев А.А.	41

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Secondary rhinoseptoplasty: complications and solutions... – Petrosyan K.A., Antonyan P.A., Katayan Sh.H.	42
Оперативное лечение при сочетанной патологии носа – Мусатенко Л.Ю., Сайдулаева А.И.	42

Транссептальный доступ формирования хоан у детей с врожденной патологией полости носа (атрезия хоан) – Сайдулаева А.И., Мусатенко Л.Ю.	43
Динамика вестибулоокулярного рефлекса при вестибулярном нейроните – Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Гусева А.Л., Никиткина Я.Ю., Чугунова М.А., Манаенкова Е.А.	43
Критерии оценки эффективности хирургического лечения синдрома обструктивного апноэ сна у детей с аденонозиллярной гипертрофией – Ивойлов А.Ю., Архангельская И.И., Яновский В.В., Тардов М.В.	44
Хирургическая реабилитация дисфункции слуховой трубы в детском возрасте – Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Бодрова И.В., Яновский В.В., Морозова З.Н.	44
Послеоперационное ведение детей, перенесших хирургическое вмешательство на глоточной миндалине – Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Изотова Г.Н., Лучшева Ю.В.	45
Клинико-рентгенологические результаты применения «открытой» техники оперативного вмешательства на среднем ухе у детей с хроническим гнойным средним отитом – Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Гаров Е.В., Гуров А.В., Степанова Е.А., Пакина В.Р., Ибрагимова З.С.	45
Лечение врожденной двусторонней атрезии хоан: принципы хирургической коррекции на современном этапе – Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.	46
Интраоперационные анатомические особенности структур нижних носовых раковин – Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю., Артемьева-Карелова А.В.	46
Кистозные образования носоглотки – Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Товмсян А.С., Арзамазов С.Г., Кишиневский А.Е.	47
Интраоперационная тампонада носоглотки при аденотомии – Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Товмсян А.С., Кучеров А.Г., Арзамазов С.Г.	47
Комплексное лечение острого диффузного наружного отита с применением NO-терапии – Свистушкин В.М., Гербергаген А.В., Шевчик Е.А.	48
Результаты хирургического лечения холестеатомы пирамиды височной кости – Крюков А.И., Гаров Е.В., Зеленкова В.Н., Зеленков А.В.	48
Болезнь Меньера: перспективы хирургического лечения – Биданова Д.Б., Мухамедов И.Т., Морозова С.В.	49
Хирургическое лечение детей с ларингеальной расщелиной – Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Стрижова Д.Н.	50
Современное лечение кандидозного ларингита – Кунельская В.Я., Романенко С.Г., Шадрин Г.Б., Красникова Д.И.	50
Подсчет темных нейронов в гиппокампе крыс в эксперименте при моделировании острого воспаления на перегородке носа как метод оценки хирургического стресса – Кастыро И.В., Гулинов К.А., Еремина И.З., Торшин В.И., Попадюк В.И., Бакаева З.В., Костяева М.Г., Хамидулин Г.В., Баринов А.В.	51
Состояние дыхательной функции носа в отдаленном периоде после трансназального хирургического доступа к гипофизу – Кунельская Н.Л., Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Годков И.М., Летуновская М.С.	51
Внутриносовая хирургия у пациентов с патологией основания черепа – Григорьев А.Ю., Эдже М.А.	52
Диагностика и лечение пациентов с храпом и синдромом обструктивного апноэ сна – Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.	52
Причины и варианты хирургического лечения спонтанной отоликвореи – Кунельская Н.Л., Федорова О.В., Гаров Е.В., Зеликович Е.И.	53
Фарингоспазм у ларингэктомированных больных – Прошина Л.Н.	53
Этиологические факторы развития и рецидивирования гранулемы гортани – Крюков А.И., Вельтищев Д.Ю., Романенко С.Г., Зелтынь А.Е., Серавина О.Ф.	54
Выявление аномалий сонных артерий при планировании хирургического лечения пациентов с хроническим тонзиллитом – Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Панасов С.А.	54
Возможности голосовой реабилитации пациентов после ларингэктомии – Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.	55
Применение ауто-, алло- и гетероматериалов в реконструктивной хирургии гортани и шейного отдела трахеи – Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.	55
Функционально-щадящие подходы в лечении пациентов с регионарными метастазами рака гортани и гортаноглотки – Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.	56
результативность комбинированного лечения первичного местно-распространенного рака гортани с использованием таргетной терапии – Дайхес Н.А., Сивкович О.О., Трофимов Е.И., Виноградов В.В.	57
Широкополосная тимпанометрия – новые возможности диагностики – Пальчун В.Т., Левина Ю.В., Ефимова С.П.	57

Проявление назальных и синоназальных симптомов у детей с мультиморбидными состояниями верхних дыхательных путей – Бабаев С.Ю., Красильникова С.В., Козаренко Е.А., Елисеева Т.И., Шахов А.В.	58
Клиническая классификация офтальмологических осложнений эндоскопической хирургии околоносовых пазух – Д.С. Горбачев, Т.А. Леонгардт, Н.Н. Харитонова	58
Необходимость объективного аудиологического контроля после отокотосикоза – Ишанова Ю.С., Рахманова И.В., Полушкина О.Б., Зоненко О.Г.	59
Воздействие травматизации слизистой оболочки полости носа на поведенческие реакции у крыс в эксперименте – Кастыро И.В., Иноземцев А.Н., Попадюк В.И., Торшин В.И., Хамидуллин Г.В., Баринов А.В., Гулинов К.А., Ермакова Н.В.	59

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Перспективы использования обкладочных клеток обонятельной выстилки человека в регенеративной медицине при повреждениях центральной нервной системы – Воронова А.Д., Степанова О.В., Чадин А.В., Валихов М.П., Сидорук К.Н., Решетов И.В., Чехонин В.П.	60
Реконструктивно-пластические операции у больных злокачественными опухолями языка – Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Мухамедов М.Р.	60
Выбор тактики оперативного лечения при восполнении дефектов, костных полостей нижней челюсти – Усатов Д.А., Медведев Ю.А.	61
On The issue of standardization in plastic surgery – Petrosyan K.A., Grigoryan Ch.A., Katayan Sh.H.	61
Вопросы оптимизации тактики лечения пациентов с воспалительными осложнениями переломов нижней челюсти – Панкратов А.С.	62
Остеонекрозы челюстей и их осложнения диагностика, профилактика и лечение – Жидовинов А.В., Пшеничная Н.П., Солтовец М.И.	62
Восстановление дефектов челюстной кости у пациентов с бисфосфонатными некрозами – Жидовинов А.В., Пшеничная Н.П., Солтовец М.И.	64
Феминизация лица в секстрансформирующей хирургии – Истранов А.Л., Мхиторян О.А.	64
Хирургические аспекты восстановления голосовой функции после полного удаления гортани – Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Кожанов А.Л.	65
Использование биопластического материала гиаматрикс для закрытия дефектов кожи – Инкина А.В.	65
Экспериментальное обоснование применения материала «экофлон» для замещения дефектов хрящевой ткани – Инкина А.В.	66
Восстановительная хирургия гортани и трахеи при рубцовых стенозах с использованием материала «Экофлон» – Инкина А.В.	66
Симультанные оперативные вмешательства у пациентов с врожденными и приобретенными деформациями лицевого скелета – Лафишев А.И., Либин П.В., Буцан С.Б., Хохлачев С.Б.	67
Влияние обработки поверхности стоматологических титановых эндопротезов на эффективность фиброинтеграции – Шайхалиев А.И., Петрук П.С., Аразашвили Л.Д., Швейнфорт А.М., Давыдова Т.Р.	68
Челюстно-лицевая и стоматологическая имплантат-протезная реабилитация – междисциплинарное сотрудничество – Путь В.А., Святославов Д.С., Солодкий В.Г., Решетов И.В.	68
Пьезохирургические методы работы в челюстно-лицевой области – Путь В.А., Солодкий В.Г., Святославов Д.С., Решетов И.В.	69
Практический опыт проведения социальных общественных мероприятий по дентальной имплантации – Путь В.А., Солодкий В.Г., Морозов П.В., Теплов Е.В.	69
Рентгенологическое и морфологическое обоснование использования аваскулярных костных блоков из латерального края лопатки при подготовке пациентов с выраженной атрофией альвеолярного отростка или альвеолярной части челюстей к протезированию зубов на основе дентальных имплантатов – Калакуцкий Н.В., Румакин В.П., Садилаина С.В., Петропавловская О.Ю., Калакуцкий И.Н.	70
Особенности диагностики, лечения и реабилитации пациентов с артерио-венозными мальформациями экстракраниальной локализации – Гришин А.А., Ермолин Д.В.	70
Пластика гортани т-образной трубкой у детей – Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Рачков В.Е., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Стрижова Д.Н.	71
Способ реконструкции задней стенки гортани никелид титаном при лечении местно-распространенного рака гортани – Трофимов Е.И., Сивкович О.О., Виноградов В.В., Дайхес Н.А.	71

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

ТРЕХМЕРНЫЙ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Гусаров А.М.^{1,2}, Мураев А.А.², Иванов С.Ю.^{1,2,3}, Оборотилов Н.Ю.⁴

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

³Кафедра челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

⁴Кафедра ортодонтии и детского протезирования ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Планирование хирургического лечения посттравматических повреждений костей лицевого скелета является непростой задачей. Во-первых, это обусловлено сложным анатомо-топографическим строением черепа, во-вторых, несимметричностью правой и левой половин черепа и лица. На сегодняшний день цефалометрический анализ (ЦА) считается важным клиническим инструментом для планирования лечения и оценки его результатов в ортодонтии и ортогнатической хирургии. Однако для планирования реконструктивных операций челюстно-лицевой области и оценки их результата ЦА применяется нечасто. Благодаря развитию компьютерной томографии (КТ) и появлению специализированных программ обработки данных, разработан трехмерный ЦА в ортодонтии (U. Oz, 2011; G.S. Liedke, 2012; H.H. Lin 2015; O.J. van Vlijmen, 2010). Так, по данным исследования (O.J. van Vlijmen, 2012), 3D-цефалометрия на основе данных КТ позволяет повысить точность измерений по сравнению с традиционной 2D-цефалометрией, что приводит к лучшим результатам лечения. Более того, 3D-ЦА имеет лучшую воспроизводимость, чем 2D-цефалометрия (G. Farronato, 2010). В нашей работе мы предприняли попытку применить 3D-ЦА для оценки результатов лечения посттравматических повреждений скуло-орбитального комплекса.

Материал и методы. В данном исследовании за период 2015–2017 гг. проведен клинично-рентгенологический анализ лечения 25 пациентов с односторонними переломами скуло-орбитального комплекса со смещением сроком давности не более 2 недель. Среди обследуемых лиц преобладали мужчины (63,7%) в возрасте от 18 до 55 лет. В предоперационном периоде всем пациентам выполнялась мультиспиральная КТ лицевого скелета (МСКТ) с шагом исследования в 0,5 мм, углом Гентри 0°. Полученные данные КТ в виде серии DICOM файлов импортировали в программу ViSurgery (Россия). Далее в программе строили 3D модель черепа, на которой расставляли реперные точки, положение которых рассчитывали. В качестве основной плоскости, относительно которой проводили расчеты, была принята срединная сагитальная плоскость (ССП), которую строили по точкам N (nasion), B (basion), Se (sella). При переломе костей носа вместо точки N использовалась точка Gl (glabella) или A point. Так как CCP проходит по центру черепа в переднезаднем направлении и делит его на правую и левую

половины, то относительно этой плоскости оценивали восстановление симметрии черепа. Также строили 2 дополнительные плоскости через точку N: верхняя лицевая плоскость (ВЛП) – горизонтальная плоскость, перпендикулярная CCP, и передняя лицевая плоскость (ПЛП) – вертикальная плоскость, которая также перпендикулярна CCP. Таким образом, получалась система трех взаимно перпендикулярных плоскостей, которые в любом исследовании ориентировались одинаковым способом. В качестве реперных точек были выбраны следующие парные точки: JR и JL (Jugularis, основание скулоальвеолярного гребня), ZyR и ZyL (Zygoma, наиболее выступающая точка скуловой кости), OrR и OrL (Orbitale, середина нижнего глазничного края), OrLateralR и OrLateralL (середина латерального, наружного края глазницы), OrSuperiorR и OrSuperiorL (середина верхнего края глазницы). После расстановки указанных точек, программа рассчитывала расстояния от точек правой и левой сторон до указанных плоскостей. Сравнивали полученные значения до и после оперативного лечения. В процессе операций всем пациентам удалось точно сопоставить отломки костей и провести их остеосинтез, т.е. было восстановлено индивидуальное строение черепа.

Данные 3-мерного антропометрического анализа показали следующие результаты: изменение положения реперных точек на стороне перелома достоверно отличается до и после лечения. После оперативного лечения сохраняется разница в расстояниях между реперными точками правой и левой сторон относительно плоскостей CCP, ПЛП и ВЛП, несмотря на восстановление индивидуальных анатомических параметров черепа. Такая разница может достигать 3 мм относительно CCP, что может свидетельствовать об исходном несимметричном строении черепа. Кроме того, огромное значение имеет точность расстановки самих точек.

Вывод. 3D антропометрический анализ на основе КТ является важным диагностическим инструментом для оценки выраженности повреждений лицевого скелета при травмах, т.к. позволяет оценить в каком направлении и насколько произошло смещение костных отломков. Однако требуется дальнейшее изучение погрешностей метода, выявление причин, влияющих на это, а также возможность его применения для планирования операций при посттравматических деформациях лицевого скелета.

Литература

1. Oz U., Orhan K., Abe N. Comparison of linear and angular measurements using two-dimensional conventional methods and three-dimensional cone beam CT images reconstructed from a volumetric rendering program in vivo. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2011;40:492–500.
2. Liedke G.S., Delamare E.L., Vizzotto M.B., et al. Comparative study between conventional and cone beam CT-synthesized half and total skull cephalograms. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2012;41:136–142.
3. Lin H.H., Chuang Y.F., Weng J.L., et al. Comparative validity and reproducibility study of various landmark-oriented reference planes in 3-dimensional computed tomographic analysis for patients receiving orthognathic surgery. *PLoS One.* 2015;10:e0117604.
4. van Vlijmen O.J., Maal T., Berge S.J., et al. A comparison between 2D and 3D cephalometry on CBCT scans of human skulls. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2010;39:156–160.
5. Farronato G., Garagiola U., Dominici A., et al. “Ten-point” 3D cephalometric analysis using low-dosage cone beam computed tomography. *Prog Orthod.* 2010;11:2–12.

РОЛЬ КТ, МРТ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРААНГЛИОМ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Коробкин А.С., Умаров П.У., Куян Ю.С., Сорокин И.В., Загорская Д.А.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России», Москва, Россия

Цель. Проанализировать методы исследований КТ, МРТ височных костей с контрастным усилением в аксиальной и коронарной проекциях в диагностике параангиом височной кости для определения типа хирургического доступа. Сравнить полученные материалы по данным КТ и МРТ с интроскопическими находками.

Материал и методы. За период с 2015 по 2017 г. на базе ФГБУ НКЦО обследованы и прооперированы 37 пациентов с параангиомой височной кости (10 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 33 до 82 лет. По данным классификации Fish все пациенты были разделены на три группы: тип А, тип В, тип С. Тип D в ходе исследования не рассматривался. Параангиома типа А была выявлена у 7 (18,9%) пациентов, которые составили I группу. Во II группу вошел 21 (56,7%) пациент с опухолями типа В, III группу составили 9 (24,4%) пациентов, у которых была диагностирована параангиома типа С. Предоперационные и послеоперационные исследования проводились на аппаратах Siemens: КТ – Somatom Sensation 40; МРТ – 1.5 T Espreo. МР-исследование проводилось с контрастным усилением.

Результаты. В результате предоперационного обследования пациентов с параангиомой височной кости с помощью КТ и МРТ височных костей и применения различных хирургических доступов с адекватной визуализацией анатомических структур получены хорошие функциональные результаты: удалось сохранить функцию черепно-мозговых нервов, у большинства пациентов I и II групп отмечалось улучшение слуха. По данным контрольных КТ, МРТ височной кости в отдаленном периоде и отоскопической картины, рецидива опухоли в послеоперационном периоде не отмечалось ни у одного из пациентов (максимальный срок наблюдения 36 мес.).

Выводы. Детальное изучение КТ и МРТ височных костей с определением типа опухоли дает возможность определить распространенность опухолевого процесса и спланировать правильную тактику хирургического лечения, что позволяет полностью удалить новообразование.

«НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ» И «НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНТАКТ» VIII НЕРВА

Кунельская Н.Л., Мищенко В.В.

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

Нейроваскулярный конфликт (НВК) – это контакт сосуда с нервом, приводящий к пароксизмам раздражения (проведения).

Цель исследования: определение роли НВК VIII нерва в развитии кохлеовестибулярного синдрома (КВС).

Материал и методы. Мы провели обследование 179 пациентов с односторонним КВС неясной этиологии, обратившихся в Институт с 2013 по 2016 г., у которых можно было заподозрить НВК VIII нерва. Всем пациентам помимо комплексного общекли-

нического и отоневрологического исследования было проведено МРТ мостомозжечковых углов по разработанному нами методу с совмещением режимов T2 Drive (Fiesta) и V_TFE с 3D PCA.

Результаты. У 102 (57%) больных при нейровизуализации был выявлен односторонний НВК VIII нерва, однако у 87 пациентов сторона НВК совпадала со стороной КВС, а в 15 случаях совпадения не было. В исследование вошли 87 больных. В связи с тем, что по результатам проведенного нами ранее гистологического исследования интракраниального отдела VIII нерва (от ствола мозга до внутреннего слухового прохода), взаимное расположение волокон, образующих кохлеарный и вестибулярный нервы, изменяется, мы проанализировали МР томограммы для выявления места компрессии сосуда нерва и, как следствие, баротравмы соответствующих порций нервных волокон (кохлеарных или вестибулярных) и развития соответствующих симптомов (кохлеарных, либо вестибулярных, либо тех и других). Среди 87 пациентов совпадение локализации НВК VIII нерва с клиническими проявлениями выявлено в 31 (35,6%) случае. Анализ эффективности проведенного ранее стандартного лечения показал, что он либо отсутствовал, либо был «слабо удовлетворительным». Этим больным был назначен карбамазепин в дозировке 200 мг/сут. Начальный курс лечения составлял 2–4 недели, при хорошей переносимости прием препарата продолжали. Эффективность лечения карбамазепином оценивали по динамике жалоб – головокружение (шкала DHI), шум в ушах (ВАШ), снижение слуха. У 19 из 31 пациента, получающих карбамазепин, отмечен положительный результат в отношении клинической симптоматики (головокружение и ушной шум).

Заключение. На основании анализа проведенного исследования мы разработали критерии истинного клинически значимого «нейроваскулярного конфликта VIII нерва»: 1) приступы выраженного (> 44 баллов DHI) системного головокружения, сопровождающиеся вегетативными проявлениями, которые длятся не более 30 минут; 2) пульсирующий, постоянный, субъективный шум в ушах интенсивностью более 3 баллов по ВАШ; 3) снижение слуха III–V степеней; 4) наличие НВК VIII нерва при МРТ исследовании на совпадение клинической симптоматики с локализацией НВК VIII нерва; 5) отсутствие эффекта от стандартной терапии; 6) положительный эффект при использовании карбамазепина.

«Нейроваскулярный контакт» – это контакт сосуда с нервом, который может выявляться на МРТ, однако клинически себя не проявляет: наличие НВК VIII нерва на МРТ без совпадения его локализации с клиническими проявлениями; наличие эффекта от стандартной терапии и отсутствие от карбамазепина.

ВОЗМОЖНОСТИ КТ, МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ

Сорокин И.В., Коробкин А.С., Куян Ю.С.

Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва, Россия

Цель. Сравнительная оценка возможностей методов КТ, МРТ в диагностике рака гортани, стадировании заболевания, структурных изменений хрящей гортани, распространенности опухолевого процесса.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов обследования 22 пациентов с раком гортани. Всем пациентам были выполнены КТ, МРТ исследования мягких тканей шеи с прицельной визуализацией области гортани. Все исследования были выполнены с внутривенным контрастным усилением.

ем. Исследования выполнялись на MPT ESPREE 1.5 T, фирмы Siemens, KT SOMATOM SENSATION 40.

Результаты. Был проведен анализ результатов КТ, МРТ исследований пациентов с раком гортани. Диагноз «аденокарцинома гортани» был верифицирован при гистологических исследованиях. Возраст пациентов исследованной группы составлял от 52 до 89 лет. Мужчин было 19 (86,4%), женщин 3 (13,6%). Курильщики – 18 (81%), регулярно принимающих алкоголь – 11 (50%). Рак гортани имел преимущественную локализацию в области складочного пространства – 10 (45,5%), в надскладочном пространстве – 8 (36,4%), в подскладочном пространстве – 4 (18%), с распространением в 2 пространства и более – 9 (41%). По морфологическим данным: T1 стадия – 2 (9%), T2 – 5 (22,7%), T3 – 8 (36,4%), T4 – 7 (31,8%), инвазия в хрящи 15 (68%). По данным МРТ: T1 стадия – 2 (9%), T2 – 6 (27,3%), T3 – 7 (31,8%), T4 – 7 (31,8%). По данным КТ: T1 стадия – 1 (4,5%), T2 – 4 (18%), T3 – 11 (50%), T4 – 6 (27,3%). По данным МРТ инвазия хрящей была выявлена у 13 (59%) пациентов, по данным КТ – у 16 (72,7%) человек. По данным КТ измененные регионарные лимфатические узлы были выявлены у 9 (41%), по данным МРТ – у 8 (36,4%). При сравнении с данными морфологического исследования в стадировании рака гортани чувствительность МРТ составила 86,6%, специфичность – 77%, чувствительность КТ составила 73%, специфичность – 69%. В выявлении инвазии хрящей: чувствительность МРТ составила 75%, специфичность – 81%, чувствительность КТ составила 93%, специфичность – 85%.

Выводы. По сравнению с КТ, МРТ позволяет более точно стадировать опухолевый процесс. По сравнению с МРТ, КТ позволяет более точно выявлять деструкцию хрящей гортани. Информативность КТ и МРТ сравнима в оценке поражения регионарных лимфатических узлов.

АЛГОРИТМ АНАЛИЗА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

*Иванова И.В., Лежнев Д.А., Макарова Д.В., Сангаева Л.М.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России,
Москва, Россия*

Лучевые методы диагностики являются неотъемлемой составляющей комплексного клинического обследования пациентов на различных этапах проведения кохлеарной имплантации (КИ). Показания к выполнению КИ постоянно пересматриваются, но неизменно в сторону расширения.

Целью исследования явилась разработка унифицированного алгоритма анализа результатов компьютерной томографии (КТ) для выявления хирургически значимых особенностей расположения активного электрода при КИ.

Материал и методы. В рамках работы выполнены томограммы височных костей с использованием конусно-лучевой КТ (КЛКТ). Модель томографа NewTom 5G (QR s. r. l., Италия). Исследование включало в себя несколько этапов: экспериментальную часть, разработку алгоритма анализа результатов исследования, ретроспективный анализ результатов обследования 3 пациентов после односторонней КИ. Результаты. Для дифференцировки анатомических структур внутреннего уха и положения электродной решетки, выполнены эталонные КЛ-томограммы кадаверных височных костей с наличием в спиральном канале электродной решетки. Анализ полу-

ченных данных проводили по разработанному алгоритму с учетом следующих критериев: 1) анатомическая детализация структур лабиринта и соотношение структур внутреннего уха с электродной решеткой; 2) положение электродной решетки в спиральном канале; 3) дифференцировка отдельных электродных контактов; 4) визуализация внутренней стенки улитки; 5) глубина введения электродной решетки; 6) артефакты от металлических элементов имплантата. Полученные изображения просматривались в произвольном порядке группой врачей, состоящей из рентгенологов с различным опытом в оценке височной кости. Общее впечатление от качества изображения проводили по 5-балльной шкале от 1 (очень плохое качество) до 5 (очень хорошее качество). Полученные эталонные томограммы оценены исследователями как хорошие и очень хорошие (4–5 баллов). В последующем выполнен ретроспективный анализ КЛ-томограмм пациентов после односторонней КИ. При сопоставлении эталонных томограмм с изображениями, полученными на послеоперационном этапе, согласованность мнений исследователей относительно оцениваемых параметров расценивалась как высокая и соответствовала одинаковой интерпретации данных, полученных с помощью КЛКТ.

Выводы. Унифицированный протокол, включающий качественный анализ томограмм, количественные параметры и дополнительные характеристики, позволяет увеличить информационную емкость результатов исследования и избежать разночтения в оценке размещения электродной решетки при КИ.

ПОСПРОЦЕССОРНАЯ ОБРАБОТКА КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММ В ОЦЕНКЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДНОЙ РЕШЕТКИ ПРИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

*Иванова И.В., Лежнев Д.А., Макарова Д.В.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России,
Москва, Россия*

Общепризнанным методом восстановления слуховой функции у лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью IV степени и глухотой, является кохлеарная имплантация (КИ). В настоящее время в качестве основных факторов акустического восприятия при КИ обсуждаются глубина введения и расположение электродной решетки в спиральном канале улитки.

Цель: определить необходимый объем диагностической информации в оценке положения электродной решетки при КИ.

Материал и методы. Проанализированы результаты конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) 3 препаратов кадаверных височных костей. Длина рабочей части активного электрода составляла 26,4 мм с наличием 12 каналов стимуляции. КЛКТ проводили на конусно-лучевом компьютерном томографе NewTom 5G (QR s. r. l., Италия). С учетом пространственного расположения улитки в дополнение к стандартным проекциям использовались двойные косые реконструкции: 1) косая коронарная реконструкция в плоскости, проходящей через базальный оборот улитки, с последующим увеличением толщины слоя до 5 мм; 2) косая аксиальная реконструкция в плоскости длинной оси модиолуса, перпендикулярной косой коронарной проекции; 3) косая сагиттальная реконструкция, перпендикулярная косой аксиальной проекции, пересекающая центр модиолуса.

Результаты. Построение косых коронарных реконструкций обеспечило отчетливую анатомическую детализацию структур внутрен-

него уха, что позволило оценить интракохлеарное расположение электродной решетки. Положение электродной системы в спиральном канале улитки определяли в косой сагиттальной проекции: ось X выставляли по базальному завитку улитки, ось Y – в направлении модиолуса, изображение разворачивали под углом 45°, тем самым ось Z совпадала с центром модиолуса. Размещение электродов по нижнебоковой стенке спирального канала расценивали как позицию решетки в барабанной лестнице. Определяемое визуально равномерное расстояние между центром каждого электродного контакта и внутренней стенкой улитки в косой коронарной, а также положение электродной решетки по нижней стенке на уровне базального завитка улитки в косой аксиальной проекциях подтверждало правильное позиционирование активного электрода. Глубина введения электродной решетки измерялась в косой коронарной проекции по методу J. Xu (2000). Оценивали угловое положение наиболее апикально расположенного электрода.

Выводы. Предложенная методология постпроцессорной обработки компьютерных томограмм обеспечивает комплексную оценку положения электродной решетки, что в свою очередь способствует своевременному выявлению возможных интра- и послеоперационных осложнений при КИ.

КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Власова М.М.¹, Пискунов И.С.¹, Щербук А.Ю.², Кривопапов А.А.³

¹Кафедра лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

²Кафедра нейрохирургии и неврологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Истечение ликвора из дефектов костей основания черепа и твердых мозговых оболочек, которые имеют врожденный характер или образовались вследствие различных нетравматических причин, называют спонтанной назальной ликвореей (СНЛ). Число таких пациентов ежегодно возрастает, что приводит к увеличению случаев тяжелых внутричерепных осложнений СНЛ. В настоящее время нет единого алгоритма лучевого обследования пациентов с подозрением на СНЛ, что затрудняет ее диагностику и усложняет определение тактики хирургического лечения.

Цель исследования: на основе метода клиничко-томографического сопоставления усовершенствовать алгоритм лучевого обследования пациентов с подозрением на СНЛ с помощью компьютерной томографии (КТ) и разработать ее семиотику.

Материал и методы. В период 2003–2017 гг. в БМУ «Курская областная клиническая больница» нами были обследованы и пролечены 65 больных СНЛ. Всем пациентам была выполнена КТ в аксиальной и коронарной проекциях с толщиной среза 0,625 мм. При отсутствии достоверных признаков назоликвореи исследование проводилось повторно в коронарной проекции спустя 15–20 минут.

Результаты. Наибольшее число (84,6%) пациентов с СНЛ – женщины в возрасте от 40 до 60 лет. У всех пациентов с этмоидальной назоликвореей (50 человек) были выявлены анатомические особенности строения решетчатой кости: низкое положение ольфакторной ямки относительно этмоидальной пластинки на

7,2±1,8 мм; асимметричное положение плоскости решетчатой пластинки (43 случая), локализация источника назоликвореи соответствовала стороне более низкого положения ольфакторной ямки; узурация решетчатой пластинки на протяжении от 1 до 5 мм (дефект чаще локализовался в центральных отделах) – 21 случай; истекающий через дефект ликвор (линейной формы участок более низкой плотности, чем слизистая оболочка) – 5 случаев. Сфеноидальная назальная ликворея была диагностирована у 15 человек, дефекты стенок клиновидных пазух – у 9 человек, из них с наличием менингоцеле – у 2 пациентов; дефект достоверно не определялся у 6 человек; клиновидные пазухи тотально были выполнены ликвором у 12 человек; объемное образование клиновидной пазухи выявлено у 1 человека, дегисценция – у 2 человек. При отсутствии явного дефекта костей основания черепа или твердой мозговой оболочки мы диагностировали СНЛ по косвенным признакам: истончение костных структур без локальных деструктивных изменений; наличие жидкостного содержимого ликворной плотности и пахионовых грануляций.

Выводы. КТ является эффективным методом диагностики СНЛ благодаря возможности определения прямых (ликвор в околоносовых пазухах, имеющих дефекты стенок) и косвенных признаков (ликвор в околоносовых пазухах и истончение костных структур), а также оценке индивидуальных анатомических особенностей строения клиновидных пазух и решетчатой кости, влияющих на развитие ликвореи. При отсутствии прямых КТ-симптомов ликвореи и для лучшей визуализации путей ликворотока сканирование следует повторить через 10–20 минут после пребывания пациента в положении лежа на спине или животе в зависимости от скорости и места предполагаемого истечения ликвора.

ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВОВ НАЗОЛИКВОРЕИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДИНАМИЧЕСКОГО КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО СОПОСТАВЛЕНИЯ

Власова М.М.¹, Пискунов И.С.¹, Щербук А.Ю.², Кривопапов А.А.³

¹Кафедра лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

²Кафедра нейрохирургии и неврологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Спонтанная назальная ликворея (СНЛ) – сложное, полиэтиологическое заболевание, значительно снижающее качество жизни пациентов. Диагностика ее сложна и многообразна. Ежегодно возрастает число пациентов со СНЛ и увеличивается число внутричерепных осложнений этого заболевания. После проведения эндоскопического эндоназального лечения в 1,7–27% случаях возникают рецидивы назальной ликвореи после первичных операций и до 10% – после повторных.

Цель исследования: на основе метода динамического клиничко-томографического сопоставления определить причины и разработать КТ-семиотику рецидивирующей СНЛ.

Материал и методы. Было проведено комплексное обследование 65 пациентов со СНЛ, находившихся на лечении в отделении оториноларингологии БМУ «Курская областная клиническая больница» с 2003 по 2017 г. Из них 15 женщин в возрасте от 14

лет до 69 лет (средний возраст $47,87 \pm 12,7$ года) с рецидивом назальной ликвореи. Всем пациентам выполнено клиническое и динамическое КТ-исследование в аксиальной и коронарной проекциях с толщиной среза 0,625–2 мм в «костном» и «мягкотканном» режимах сканирования.

Результаты. В течение первого года после оперативного лечения с рецидивом назоликвореи обратились 11 человек. После повторного оперативного лечения ликворея купировалась у 3 пациентов и лишь у одного – после пяти попыток пластики ликворной фистулы. Таким образом, все ликворные фистулы были закрыты. У 80% пациентов ликворная фистула определялась на прежнем месте и у 20% изменила свою локализацию.

При оценке состояния околоносовых пазух и структур основания черепа у пациентов с рецидивирующей этмоидальной назоликвореей (11 человек) были выявлены следующие изменения: остеопороз костей основания черепа (100%), резорбция костной основы операционного лоскута (72,7%), менингоцеле (18,1%), менингоэнцефалоцеле (9,1%), мукоцеле (9,1%). В 10 случаях достоверно визуализировали дефекты решетчатой пластинки, в одном случае дефект достоверно не был обнаружен, однако в ячейках решетчатого лабиринта присутствовал ликвор.

При оценке состояния околоносовых пазух и структур основания черепа у 4 пациентов с рецидивирующей сфероидальной назоликвореей были выявлены следующие изменения: остеопороз (100%); пахионовы грануляции (100%); резорбция костной основы операционного лоскута (50%); менингоцеле (25%); повторно были выявлены костные дефекты стенок клиновидных пазух, у 3 пациентов они располагались на прежнем месте, у одного был выявлен дефект, четко не визуализировавшийся при первичном исследовании.

При диагностике рецидивов смешанной назальной ликвореи мы учитывали первичное расположение ликворной фистулы, оценивали плотность костей основания черепа, резорбцию костной основы лоскута и уменьшение его объема, смещение относительно места первичной локализации, возможность формирования новых костных дефектов на фоне прогрессирующего остеопороза.

Выводы. Применение метода динамического клинито-томографического сопоставления эффективно в оценке послеоперационных изменений околоносовых пазух и выявления рецидивов назоликвореи. Причиной рецидивов СНЛ служат прогрессирующий остеопороз костей основания черепа, уменьшение объема костной основы лоскута, в результате чего вновь открывается дефект и создаются условия для истечения ликвора.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ АВТОМАТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Поляков А.П.¹, Самородов А.В.², Лаврова Е.В.², Мордовский А.В.¹, Никифорович П.А.¹, Кудрин К.Г.¹

¹МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии»

Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО МГТУ им. Н.Э. Баумана, Москва, Россия

Актуальность. Учитывая вариабельность результатов коррекции параличей лицевого нерва, крайне важно, чтобы клиницисты

в своей практике использовали единый подход документирования результатов восстановления нарушения проводимости лицевого нерва для дальнейшей детальной обработки полученных данных. Однако единой объективной методики оценки повреждения проводимости лицевого нерва нет, поэтому существует необходимость в разработке системы универсальной, объективной и количественной оценки степени повреждения лицевого нерва.

Материал и методы. На базе отделения микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена и МГТУ им. Н.Э. Баумана был разработан экспериментальный метод исследования степени асимметрии лица, основанный на вычислении взаимных смещений контрольных точек во время выполнения тестов на двигательную активность мимических мышц с помощью видеофиксации. Для формирования комплекса признаков асимметрии лица использован инструмент OpenFace. В исследование включены 10 пациентов с признаками нарушения проводимости лицевого нерва и 10 пациентов контрольной группы. Использовались следующие тесты на двигательную активность мимических мышц лица: зажмуривание глаз, поднятие бровей, улыбка, улыбка с усилием, вытягивание губ вперед, надувание щек, артикуляция, артикуляция с усилием.

Результаты. В рамках исследования было выбрано 40 контрольных точек. Для каждого теста на двигательную активность мимических мышц лица рассчитан количественный индекс асимметрии. Максимальные размахи движения мимических мышц регистрировались при выполнении следующих тестов на двигательную активность мимических мышц лица: зажмуривание глаз, поднятие бровей, улыбка, улыбка с усилием, вытягивание губ вперед, надувание щек. Артикуляция (с усилием и без) является динамическим тестом и позволяет дать интегральную оценку степени асимметрии лица.

Заключение. Согласно предварительным результатам оценки степени асимметрии лица предлагаемый метод позволяет проводить оценку степени асимметрии лица в статическом и динамическом состояниях. Выявлены наиболее информативные индексы асимметрии лица.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА ФОНЕ СУЖЕНИЯ ГЛОТКИ ОПУХОЛЬЮ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА (2-летнее наблюдение)

Бузунов Р.В., Гаврилова А.М.

ФГБУ «Клинический санаторий «Барвиха», Москва, Россия

Описание клинического случая. Мужчина Г., 30 лет, обратился в Центр медицины сна санатория «Барвиха» с характерными симптомами синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) в октябре 2015 г. Ранее диагностирована хондрома основания черепа и С1-С2 позвоночника. Рассматривался вопрос о проведении трахеостомии в связи нарушениями дыхания во сне и тяжестью состояния.

При осмотре состояние пациента средней степени тяжести, значительное сужение просвета глотки на уровне мягкого неба и корня языка, ожирение 1 степени (ИМТ 34 кг/м^2). Проведена полисомнография (ПСГ), установлен диагноз СОАС тяжелой степени (индекс апноэ-гипопноэ – ИАГ 59 в час), выявлена тяжелая гипоксемия во сне: средняя сатурация (SpO_2) – 76%, минимальная SpO_2 – 34%.

Начата неинвазивная вспомогательная вентиляция легких через носоротовую маску. Подобран режим ViPAP 24/20 гПа с принудительной частотой дыхания 15 в минуту. Данный режим позволил практически полностью нормализовать параметры дыхания (ИАГ составил 2 в час, средняя SpO_2 – 95%, минимальная SpO_2 – 83%). Далее пациент продолжил долгосрочное лечение в домашних условиях во время ночного сна. Его состояние и самочувствие значительно улучшились. В результате в течение следующих 2 лет он успешно перенес операцию по иссечению опухоли, а также получил несколько курсов лучевой терапии.

Выводы. Новообразования глотки и смежных органов, суживая просвет глотки, могут вызывать тяжелое обструктивное апноэ сна. Выраженная гипоксемия в результате остановки дыхания создает большие сложности в лечении онкозаболевания независимо от выбранного вида терапии. Правильно подобранный режим неинвазивной вентиляции обеспечивает устранение нарушений дыхания во сне и дает таким пациентам шанс на проведение необходимого лечения онкопроцесса, а также помогает избежать трахеостомии.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ СИНКИНЕЗИЙ И КОНТРАКТУР У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Акулов М.А.¹, Орлова О.Р.², Захаров В.О.¹, Тяняшин С.В.¹, Усачев Д.Ю.¹, Шиманский В.Н.¹, Карнаухов В.В.¹, Колычева М.В.¹, Орлова А.С.²

¹ФГАУ «Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва, Россия

²ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.И. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. При позднем постпаралитическом синдроме у пациентов с поражением лицевого нерва после нейрохирургических операций через 4–6 мес. формируются синкинезии и контрактуры на пораженной стороне лица на фоне уже имеющейся мимической недостаточности. Синкинезии могут приводить к значительной социальной дезадаптации и снижению качества жизни (КЖ).

Цель: оценка эффективности ботулинотерапии у пациентов с синкинезиями и контрактурами при поражении лицевого нерва после нейрохирургических вмешательств.

Материал и методы. В исследование включены 150 пациентов с невропатией лицевого нерва после хирургического лечения опухолей задней черепной ямки и мосто-мозжечкового угла, которые были разделены на две группы: I группа (основная) – 103 (68,7%) больных, которым с момента поражения лицевого нерва был назначен ботулинический токсин типа А (БТА) – IncobotulinumtoxinA. Коррекция синкинезий осуществлялась по следующей методике: на пораженной стороне БТА вводили в малых дозировках (0,5–1,5 ЕД на точку) и симметрично – на здоровой стороне в дозировках в 1,5–2 раза превышающих аналогичные на пораженной. Пациентам II группы (контрольной) – 47 (31,3%) человек, в качестве основной терапии были назначены курсы ЛФК, а также специальные упражнения и точечный массаж болезненных мышечных тяжей. Для оценки КЖ пациенты заполняли шкалу Facial Disability Index. Для оценки симметрии лица и синкинезий использовалась шкала SFGS

(Sunnybrook Facial Grading Scale). Общая продолжительность участия пациентов в исследовании составила 2 года (контрольные точки – 6, 12 и 24 мес.).

Результаты. Через полгода после поражения лицевого нерва синкинезии были выявлены у 48 (46,6%) и 30 (63,8%) пациентов I и II групп, через 1 год – у 28 (27,2%) и 32 (68,1%) ($p<0,001$) и через 2 года – у 14 (13,6%) и 40 (85,1%) ($p<0,001$) человек соответственно. Через 6 мес. локальные болезненные участки без четкой иррадиации, выявляемые при внутритротоковой пальпации спазмированных мышц, наблюдались у 26 (25,2%) и 14 (29,8%) пациентов, через 12 мес. – у 12 (11,6%) и 18 (38,3%) ($p<0,05$), через 24 мес. – у 7 (6,9%) и 23 (48,9%) пациентов I и II групп соответственно ($p<0,05$). Через 6, 12 и 24 мес. после поражения лицевого нерва общее состояние лицевой мускулатуры у пациентов I группы, оцененное с использованием шкалы SFGS, было в 2,0, 2,3 и 1,68 раза лучше, чем у пациентов II группы ($p<0,01$). КЖ также было значимо выше у пациентов, получающих ботулинотерапию, на всем протяжении исследования.

Выводы. При возникновении синкинезий и контрактур у пациентов после нейрохирургических вмешательств по поводу опухолей задней черепной ямки и мосто-мозжечкового угла применение ботулинотерапии (IncobotulinumtoxinA) на непораженной и пораженной сторонах способствует снижению выраженности данного осложнения и улучшению КЖ пациентов.

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК КАТАЛИЗАТОР УСКОРЕНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИМИКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО РЕИННЕРВАЦИИ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ДОНОРСКИМ НЕРВОМ

Сомова М.М.¹, Доманский В.Л.²

¹ФГБУ ЦНИИСиЧЛХ МЗ РФ, Москва, Россия

²ФГБУН НТЦ УП РАН, Москва, Россия

Цель. Разработка технологии восстановления мимических моторных актов у пациентов с параличом мимической мускулатуры после удаления невриномы мостомозжечкового угла и последующей реконструктивной операции по реиннервации мимической мускулатуры жевательной ветвью тройничного нерва. Оценка влияния электростимуляции (ЭС) перемещенного нерва и реиннервируемых мышц на динамику восстановления мимики.

Материал и методы. В исследовании участвовали 18 пациентов с ятрогенным параличом мимической мускулатуры после удаления невриномы мостомозжечкового угла. Всем пациентам была проведена реконструктивная операция по реиннервации мимических мышц жевательной ветвью тройничного нерва. Пациенты распределены на две группы: 10 человек: «группа ЭС» – целевая и 8 человек: «группа К» – контрольная. В течение восстановительного периода пациентам целевой группы помимо стандартных лечебных мероприятий проводили транскутанную ЭС перемещенного нерва и реиннервированных мышц. Пациентам контрольной группы проводили имитационные сеансы ЭС – без подачи стимулирующего тока на электроды, локализованные на лице. В сеансах ЭС использовали специально созданный для этой терапии в НТЦ УП РАН импульсный электростимулятор ЭСТИЛИН с набором динамических программ. По ходу исполнения каждой программы основные параметры стимулов (полярность импульсов, их длительность, частота

следования, длительность серий и пауз) изменялись согласно заложенному алгоритму.

Результаты. Восстановление моторики проявляется, прежде всего, в мышцах, иннервируемых четвертой (подчелюстной) ветвью лицевого нерва, затем последовательно пробуждается активность мышц, иннервируемых третьей, второй и, наконец первой (лобной) ветвями. При использовании ЭС согласно предложенной схеме процесс восстановления протекает значительно быстрее. Относительное время восстановления моторных актов у пациентов целевой группы по сравнению с контрольной группой сокращалось в пределах от 33 до 48%.

Выводы. Транскутанная динамическая ЭС пораженных ветвей лицевого нерва и парализованных мимических мышц после их оперативной реиннервации ускоряет динамику восстановления тонуса и мимики лица.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Бубнова Е.В.
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Оперативное лечение пациентов с новообразованиями околоушных слюнных желез, располагающихся в окологлоточном пространстве, представляет определенные сложности, обусловленные локализацией патологического процесса.

Цель: улучшение отдаленных результатов реабилитации пациентов с опухолями околоушных слюнных желез парафарингеальной локализации.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования, оперативного лечения и реабилитации 3 пациенток с опухолями околоушных слюнных желез, распространяющихся в окологлоточное клетчаточное пространство.

Результаты. Все пациенты – женщины, средний возраст – 45 лет. В периоперационном периоде больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). С помощью УЗИ первично оценивали пространственное соотношение структур лицевого нерва относительно опухоли (в 2 случаях выявлены ультрасонографические признаки расположения основных ветвей лицевого нерва поверх образования – «над новообразованием»). При МРТ оценивали расположение слюнных желез, их размеры, контуры, однородность структуры; параметры опухоли.

Все операции проводили под контролем интраоперационного нейромониторинга для предотвращения ятрогенной травмы лицевого нерва. Нейропластику 1-й ветви лицевого нерва выполнили только у 1 пациентки. У данной больной экстирпация околоушной слюнной железы с опухолью, располагавшейся в глоточном отростке, была произведена с сохранением боковой стенки ротоглотки. У 2 пациенток была выполнена лабиомандибулотомия, обеспечившая доступ для резекции боковой стенки ротоглотки. Возникший после завершения онкологического этапа изъян был устранен лучевым лоскутом с применением микрохирургической техники. Лоскут прижился на 100%.

По результатам послеоперационного морфологического исследования у 2 пациенток подтверждена аденома околоушной слюнной железы, у одной больной выявлено перерожде-

ние аденомы в карциному. Данная пациентка прошла полный послеоперационный курс лучевой терапии.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечался тотальный паралич мимической мускулатуры. Каждой пациентке был проведен индивидуально подобранный курс реабилитационных мероприятий (медикаментозная терапия, тейпирование, миогимнастика, ботулинотерапия гипертонуса на контралатеральной стороне лица). Объективная оценка результатов реабилитации через 1 год после операции показала безрецидивное течение и восстановление мимических движений до I степени по шкале House-Brackmann.

Выводы. Применение комплексного подхода в планировании и проведении оперативного лечения пациентов с опухолями околоушных слюнных желез парафарингеальной локализации, даже при расширенном объеме онкологического вмешательства, позволяет осуществлять полную функционально-эстетическую реабилитацию больных.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА МЕТОДОМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

*Левина О.А.¹, Кутровская Н.Ю.², Левченко О.В.²,
Каландари А.А.², Ревязян К.В.²*

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», Москва, Россия

²ФГДОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Оптическая невропатия (ОН) не является самостоятельной патологией, это собирательное понятие объединяет различные заболевания с поражением волокон зрительного нерва (ЗН) и выраженным нарушением зрения. Одним из ключевых патогенетических механизмов развития ОН является ишемия нервных волокон с ослаблением антиоксидантного защитного механизма на фоне нарушения кровообращения, которое вызывает развитие гипоксии и отека тканей орбиты.

Цель. Для улучшения результатов лечения пациентов с нарушением зрения при развитии ОН на фоне нарушения кровообращения в ЗН травматического, сосудистого или аутоиммунного генеза использован метод гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы. В отделении нейрохирургии КМЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова и НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находились на лечении 4 пациента (4 глаза) с краниообитальными повреждениями (КОП) и непрямой травматической ОН, 6 больных (9 орбит) с ОН в активной стадии эндокринной офтальмомиопатии (ЭОП) и 2 пациента (3 глаза) с передней ишемической ОН на фоне острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Пациентам с КОП проведены реконструктивные операции на орбите, в одном наблюдении одномоментно выполнена декомпрессия ЗН. Всем пациентам с миогенной формой отечного экзофтальма выполнена экстренная эндоскопическая трансназальная декомпрессия ЗН. Острота зрения при первичном осмотре составляла от 0 (ноль) до 0,2. При статической компьютерной периметрии изменения периферических полей зрения (ППЗ) были представлены расширением слепого пятна, центральными и парацентральными скотоматами, односторонними квадрантопсиями, сужением пери-

ферического поля более чем на 20°, а также полным выпадением ПЗ. При записи зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) с паттерном определяли нарушение проведения импульса до хиазмов.

Результаты. Все пациентам проводили патогенетическую консервативную терапию, включающую в себя глюкокортикоиды, нейропротекторы и препараты, улучшающие микроциркуляцию. Проведены курсы ГБО из 15 сеансов однократно – 8 пациентов, дважды – 3 больным и трижды – 1 больному. Время изопрессии составило 45 минут, лечебные режимы – 1,2 АТА и 1,5 АТА. Отмечено изменение остроты зрения на 0,3–0,5, а у пациентов с отсутствием визуса наблюдалось появление свето- и цветоощущения, выявлена положительная динамика в изменении ППЗ и проведение зрительного импульса при ЗВП.

Выводы. Использование метода ГБО у пациентов с ОН позволяет проводить эффективную реабилитацию пациентов с нарушениями зрения. ГБО обладает выраженным нейропротекторным действием, позволяет уменьшить отек ретроульбарной клетчатки и явления гипоксии в ишемизированных волокнах ЗН, улучшить венозный отток от тканей орбиты. Применение ГБО улучшает функциональные и косметические исходы хирургического лечения у пациентов с КОП и ЭОП.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

РАСШИРЕННАЯ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ СУПРАСЕЛЛЯРНЫХ МЕНИНГИОМ – ЕСТЬ ЛИ БУДУЩЕЕ У МЕТОДИКИ?

*Фомичев Д.В., Кутин М.А., Чернов И.В., Кадашев Б.А., Калинин П.Л.
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр
нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва, Россия*

Введение. Хирургия супраселлярных менингиом представляет особую сложность и сопряжена с высоким риском повреждения сосудисто-нервных структур, лежащих по ходу доступа и окружающих опухоль. В настоящее время во многих зарубежных клиниках и в нашем Центре активно используется методика удаления супраселлярных менингиом с использованием переднего расширенного трансфеноидального эндоскопического эндоназального доступа (ПРД).

Материал и методы. В ретроспективное исследование были включены 45 пациентов с супраселлярными менингиомами, оперированных в нашем Центре с использованием ПРД за последние 7 лет.

Результаты. Тотальное удаление опухолей (Simpson 1) было достигнуто в 77,8% случаев, субтотальное – в 17,8%, и в 4,4% удаление было частичным. У 28% пациентов отмечено нарастание или появление зрительных нарушений в послеоперационном периоде. У 3 из них зрение полностью восстановилось к выписке. У 4 пациентов к моменту выписки зрение улучшилось частично. Итого к моменту выписки ухудшение зрения составило 22%. У 21,2% пациентов, имевших зрительные нарушения до операции, в послеоперационном периоде отмечалось улучшение зрения.

Заключение. ПРД в хирургии супраселлярных менингиом может применяться при относительно небольших (до 3 см), срединно расположенных симметричных опухолях без образования крупных сосудов.

РАСШИРЕННАЯ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ СУПРАСЕЛЛЯРНЫХ КРАНИОФАРИНГИОМ

Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Кутин М.А.

*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр
нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва, Россия*

Материал и методы. С 2008 г. нами были оперированы 180 пациентов с супраселлярными краниофарингиомами (СК) с использованием переднего расширенного трансфеноидального эндоскопического эндоназального доступа (ПРД).

Результаты. Тотальное удаление опухоли было достигнуто у 71% пациентов. Зрение после операции улучшилось у 50% пациентов, у 10% отмечено ухудшение зрения. После операции ни в одном из случаев не было регресса изначально имевшихся гипопитуитарных нарушений. Появление или усугубление после операции симптомов гипопитуитаризма и несахарного диабета отмечено у 37% пациентов. Прочие осложнения: послеоперационная назальная ликворея – 10%, менингит – 16%, психические нарушения – 3%. Частота рецидивов – 12% при среднем сроке катмнеза 40 месяцев. Летальность составила 5%.

Заключение. ПРД в хирургии СК является альтернативой стандартным транскраниальным микрохирургическим вмешательствам. Внедрение данных операций значительно улучшило качество лечения пациентов с СК за счет повышения показателей радикальности, частоты интра- и послеоперационных осложнений, динамики основных клинических симптомов по сравнению со стандартной микрохирургической трансназальной операцией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМ ГИПОФИЗА. ОПЫТ 4000 ОПЕРАЦИЙ

*Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Кутин М.А., Шкарубо А.Н.,
Кадашев Б.А., Астафьева Л.И.*

*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр
нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва, Россия*

Материал и методы. За 12 лет нами накоплен опыт около 5000 эндоскопических эндоназальных трансфеноидальных операций. Большинство больных (4000 пациентов) было с аденомами гипофиза (АГ). Более 80% АГ имели экстраселлярное распространение. АГ большого (более 3 см) и гигантского (более 6 см) размера составили 77%. Гормонально-неактивные АГ выявлены у 60% пациентов, у остальных выявлена различная гиперпродукция тропных гормонов. Зрительные нарушения отмечены у 68% пациентов.

Результаты. Тотальное удаление опухоли произведено в 78% случаев. Нормализация повышенного уровня тропных гормонов отмечена у 73% пациентов. Улучшение зрительных функций или отсутствие отрицательной динамики в раннем послеоперационном периоде отмечено у 96% пациентов. Серьезные осложнения (послеоперационная ликворея, менингит, ишемические осложнения, носовые кровотечения) отмечены менее чем у 4% пациентов.

Выводы. Переход на полностью эндоскопическую эндоназальную хирургию изменил в лучшую сторону показатели радикальности, частоты интра- и послеоперационных осложнений, динамику основных клинических симптомов по сравнению со стандартной микрохирургической трансназальной операцией.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАРНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО

Крылов В.В.^{1,2}, Дашьян В.Г.^{1,2}, Лукьянчиков В.А.¹, Далибалдян В.А.^{1,2}, Полунина Н.А.¹

¹Отделение неотложной нейрохирургии ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», Москва, Россия
²Кафедра нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель исследования: оценить результаты реваскуляризирующих операций у пациентов с острой и хронической церебральной недостаточностью вследствие атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (БЦА).

Материал и методы. С 01.01.2014 по 31.12.2017 в отделении нейрохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского был прооперирован 941 пациент с окклюзионно-стенотическими заболеваниями БЦА, выполнено 618 каротидных эндартерэктомий (КЭЭ), 232 экстра-интракраниальных микроанастомоза (ЭИКМА), 29 редрессаций внутренней сонной артерии (ВСА), 6 резекций с реимплантацией устья позвоночной артерии (ПА), 4 сонно-подключичных шунтирования, 34 стентирования ВСА и ПА, 18 десимпатизаций окклюзированной ВСА. У 160 (17%) пациентов операция была выполнена в сроки до 14 дней после ишемического эпизода. В 197 (32%) случаях использовали классическую КЭЭ, из них у 68 (34,5%) пациентов применяли временное внутрипросветное шунтирование. В связи с наличием высокой бифуркации общей сонной артерии (n=4) и пролонгированным стенозом ВСА (n=5) для обеспечения доступа к бифуркации ОСА и дистальным отделам ВСА применяли методику односторонней временной сублюксации нижней челюсти. В 26 наблюдениях с целью оптимизации хирургического доступа при выполнении ЭИКМА использовали нейронавигационную систему. У 13 пациентов применяли метод наложения селективного ЭИКМА в зону преобладающей гипоперфузии, из них у 4 – наложение двустольного ЭИКМА в область гипоперфузии.

Результаты. Количественную оценку неврологического дефицита и функциональной независимости проводили с помощью шкал NIHSS, Рэнкина и индекса мобильности Ривермид через 7 и 30 дней после операции. Летальность составила 0,7% (n=7). Частота острого нарушения мозгового кровообращения составила 3,8% (n=36), у 12 (1,3%) пациентов – тромбоз ипсилатеральной ВСА (из них «асимптомный» – у 5 больных); напряженная гематома мягких тканей шеи – у 6 (0,9%) пациентов. Состоятельность ЭИКМА, по данным контрольной церебральной или КТ-ангиографии, составила 98%. У всех пациентов с окклюзией/тромбозом ВСА в послеоперационном периоде, по данным КТ-перфузии и ОФЭКТ, отмечено улучшение перфузии пораженного полушария и уменьшение межполушарной асимметрии до 3–5% по сравнению с исходными 13–15%.

Заключение. Правильный отбор пациентов для хирургической коррекции окклюзионно-стенотических поражений БЦА, интраоперационный нейромониторинг и своевременное применение методов нейротекции позволяют снизить уровень периоперационных осложнений и добиться хороших функциональных исходов.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ V₃ СЕКМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Антонов Г.И.¹, Миклашевич Э.Р.¹, Гладышев С.Ю.¹, Лазарев В.А.², Митрошин Г.Е.¹, Шумаков И.И.¹, Мельничук С.В.¹, Ким А.В.³

¹ЗЦВКГ им. А. А. Вишневецкого МО РФ, Красногорск, Россия

²Кафедра нейрохирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

³ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демидова ДЗ г. Москва, Россия

Цель: уточнение анатомической возможности и доступности экстраанатомического дистально-позвоночного шунтирования V₃ сегмента позвоночной артерии (ПА).

Материал и методы. Изучены результаты лечения 22 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет (средний возраст 47,5 года), оперированных с 1996 по 2016 г. У большинства пациентов наблюдалась атеросклеротическая окклюзия V₁ сегмента ПА. Выполнены следующие оперативные вмешательства: окципито-verteбральный анастомоз (ОВА) в промежутке между C₁–C₁₁ позвонками (12); субкраниальная десимпатизация ПА на уровне V₃ сегмента (3) вследствие невозможности анастомозирования из-за окклюзии ПА на этом уровне верифицированном только интраоперационно; общесонно-дистальнопозвоночное аутовенозное шунтирование (ОСА-ДПА АВШ – 2: при травматическом повреждении V₂ сегмента ПА); внутреннесонно-дистально-позвоночный анастомоз (ВСА-ДПА – 3): 1 – с перемещением окклюзированной ВСА (после ее тромбэндартерэктомии) к V₃ сегменту ПА; 1 – с транспозицией V₃ сегмента ПА в дистальную треть ВСА; 1 – с транспозицией извитости ВСА к V₃ сегменту ПА); позвоночно (V₂) – позвоночно (V₃) аутовенозное шунтирование (ПА(V₂)-ПА(V₃) АВШ) по типу «конец-в-конец» с уровня C_v–C_{iv} до C_{ii}–C_i позвонков (при ложных аневризмах V₂ сегмента ПА с перевязкой и резекцией ложной аневризмы).

Результаты. Функционирование наложенных анастомозов (19 из 22 оперированных больных) в раннем послеоперационном периоде составило 78% (ОВА – 10; ОСА-ДПА АВШ – 1, ВСА-ДПА – 2; ПА(V₂)-ПА(V₃) АВШ – 2). У всех пациентов отмечено уменьшение явлений вертебро-базиллярной недостаточностью. Для оценки использована шкала Рэнкина. В дооперационном периоде 4 балла наблюдалось у 3 (13,5%) пациентов с острым инсультом и последствиями острого нарушения мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, 3 балла – у 4 (18%), 2 балла – у 13 (59%), 1 балл – у 2 (9%) пациентов. В послеоперационном периоде 3 балла по шкале Рэнкина зафиксировано у 2 (10,5%) пациентов, 2 балла – у 1 (4,5%), 1 балл – у 11 (50%) и 0 баллов – у 8 (36,5%) пациентов. Осложнений, летальных исходов не было. Результаты в отдаленный период (от 2 до 4 лет) прослежены только у 50% больных (выявлена окклюзия двух ОВА, функционировавших в раннем послеоперационном периоде, остальные анастомозы при которых использовался более крупный сосуд-донор или аутовена функционировали).

Выводы. Хирургические вмешательства на V₃ сегменте ПА с использованием различных видов дистально-позвоночной реконструкции ВСА имеют строгие специфические показания и являются эффективным видом реконструктивного оперативного вмешательства для предотвращения инсульта в вертебрально-базиллярном бассейне. В каждом конкретном случае целесообразен индивидуальный подход в выборе вида дистально-позвоночной реконструкции. ОВА целесообразен при соотношении диаметров ПА/ЗА не более 1,5–1,6/1 с предпочтением анастомозирования «конец в бок» для исключения осевой

деформации сосудов, в случае маленького диаметра затылочной (а. occipitalis) артерии (менее 2,5 мм) предпочтительнее выбрать транспозицию ПА в ВСА или аутовенозное шунтирование. Кроме того, на современном уровне развития микрохирургической техники, ПА легко может быть мобилизована на любом участке V₂ сегмента с минимальной травматизацией окружающих тканей и самой ПА. При спондилогенном поражении ПА подобная операция может быть применена для восстановления адекватного кровотока по ПА без использования сложнейших сосудистых реконструкций на V₁ или V₃ сегментах ПА.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОМ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ

Антонов Г.И., Митрошин Г.Е., Миклашевич Э.Р., Мельничук С.В., Гладышев С.Ю., Шумаков И.И., Антонов Е.Г., Ким А.В.
ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, Красногорск, Московская обл., Россия

Аневризматические поражения магистральных артерий головы (МАГ) представляют собой редкую и сложную патологию. Сочетание же аневризм артерий (АА) каротидного и вертебрального бассейнов с различными видами очаговой альтерации сосудистой стенки – патологические деформации, септальные стенозы, фибромускулярная дисплазия – обуславливают наибольшие трудности при выполнении хирургических манипуляций.

Цель: определить оптимальные методы хирургической реконструкции при сложных сочетанных поражениях каротидного и вертебрального бассейнов с клиническими проявлениями недостаточности мозгового кровообращения.

Материал и методы. С 1996 по 2017 г. проведен анализ хирургических вмешательств при АА каротидного и вертебрального бассейнов, выполненных в нейрохирургическом центре госпиталя. Из 5500 операций на МАГ аневризматическое поражение отмечено лишь в 49 (0,9%) случаях, из них сочетание АА с патологическими деформациями было в 45 (92%) наблюдениях. Средний возраст больных составил 59,2±9,4 года, соотношение мужчины/женщины – 2:1. Из оперативных вмешательств выполнено 30 резекций патологических извитостей вместе с аневризмой с наложением анастомоза по типу «конец в конец», 5 резекций извитости с частичной резекцией аневризмы и наложением дистального анастомоза в субкраниальный отдел аневризмы ВСА, 4 резекции АА с аллопротезированием ВСА, 5 стентирований ложной АА, 1 анастомозирование ВСА с последующей резекцией АА с петлей ВСА, 2 наложения дистально-позвоночного анастомоза с резекцией ложной АА, 1 перевязка ПА с удалением ложной АА, 1 резекция патологической петли с сохранением фузиформной аневризмы (при невозможности ее резекции).

Обсуждение. Улучшение церебральной перфузии отмечено во всех наблюдениях. Послеоперационная летальность отсутствовала. Из послеоперационных осложнений в 12 наблюдениях отмечен периферический парез IX и XII нервов (при высокой петле и АА ВСА), из них в 3 случаях – стойкий; гиперперфузионный синдром у 20 пациентов, нивелированный медикаментозно в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Операцией выбора при АА МАГ в сочетании патологической деформацией остается резекция деформации с

АА единым блоком и наложением анастомоза между дистальным и проксимальным участками артерии. В таких случаях во время основного этапа сохраняется кровоток по системе наружной сонной артерии, что дополнительно обеспечивает церебральную защиту по естественному офтальмо-орбитальному анастомозу и предупреждает развитие интраоперационных перфузионных осложнений. Наиболее щадящим и быстрым способом устранения АА МАГ, пожалуй, целесообразно считать наложением артериального анастомоза магистрального сосуда в обход имеющейся АА, а затем удаление деформации с аневризмой на включенном кровотоке по магистральному сосуду. Эндоваскулярное лечение предпочтительно и целесообразно выполнять при ложных АА после различных ранений МАГ.

ОПУХОЛИ ШЕИ, КОМПРИМИРУЮЩИЕ СОСУДИСТО-НЕРВНЫЙ ПУЧОК

Усачев Д.Ю., Шевченко Е.В., Лукшин В.А., Пронин И.Н., Шульгина А.А., Соснин А.Д., Ахмедов А.Д., Огурцова А.А.
ФГАУ «Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель исследования: проанализировать данные пациентов с опухолями мягких тканей шеи с компрессией сосудисто-нервного пучка сонных артерий, оценить результаты хирургического лечения.

Материал и методы. На базе ФГАУ «ЦНПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ хирургическому лечению подверглись 38 пациентов с опухолью мягких тканей шеи. Возраст варьировался от 12 лет до 81 года. Средний возраст составил 48,9 года. Среди больных 68,4% составили женщины, 31,6% – мужчины. В работу включен как ретроспективный материал (11 пациентов), так и проспективный (29 пациентов). Опухоли были представлены следующими гистологическими типами: хемодектомой (47,4%), нейрофибромой (15,8%), невриномой (13,2%), папиллярным раком щитовидной железы (5,3%), гетеротопией слюнной железы (5,3%), аденокарциномой слюнной железы (5,3%), лимфомой Ходжкина (2,6%), гемангиоэндотелиомой (2,6%), кавернозной лимфангиомой (2,6%). Диагностический алгоритм у пациентов с опухолями включал комплексное клиническое обследование: выполняли неврологический и отоневрологический осмотры, дуплексное ультразвуковое обследование брахиоцефальных артерий, транскраниальную ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. С целью анализа топографического расположения опухоли по отношению к сосудисто-нервному пучку и планирования хирургического лечения выполняли МРТ мягких тканей шеи, а также СКТ-АГ, МР-АГ, СКТ-перфузию, прямую АГ.

Результаты и обсуждение. Катамнез прослежен у 79% пациентов, вошедших в группу исследования, его глубина составила 15 лет, средняя продолжительность катамнестического наблюдения – 2,2 года. При оценке послеоперационной динамики в ходе катамнестического наблюдения в 75% случаев была отмечена положительная динамика в виде регресса болевого синдрома, нарушения глотания, скачков артериального давления, отсутствия косметического дефекта. В одном случае отмечен повторный рост опухоли с последующим летальным исходом через 2 года после операции (не связанный с основным заболеванием).

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ В АКТИВНОЙ СТАДИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Левченко О.В.¹, Каландари А.А.¹, Кутровская Н.Ю.¹, Саакян С.В.², Пантелеева О.Г.², Григорьев А.Ю.³, Эдже М.А.¹, Тимофеева О.Н.⁴, Ревазян К.В.¹, Левина О.А.⁵

¹ФГДОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва, Россия

²«МНИИ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ, Москва, Россия

³ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ, Москва, Россия

⁴ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗ г. Москвы», Москва, Россия

⁵ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», Москва, Россия

Введение. Миогенная и смешанная формы отечного экзофтальма эндокринной офтальмопатии (ЭОП) с увеличением объема экстраокулярных мышц в задней половине орбиты приводят к развитию синдрома вершины орбиты и сопровождаются зрительными нарушениями. Этапом хирургического лечения пациентов в активной фазе ЭОП с оптической невропатией (ОН) является эндоскопическая трансназальная декомпрессия зрительного нерва (ЗН).

Цель. Для улучшения зрительных функций у пациентов с ОН при ЭОП миогенной формы в активной фазе использованы малоинвазивные эндоскопические методы хирургического лечения.

Материал и методы. В отделении нейрохирургии КМЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова прооперированы 6 пациентов (9 орбит) с ОН на фоне миогенной и смешанной форм ЭОП, в активной стадии ЭОП. Средний возраст составил 52±3 года, все пациенты – женщины. Выполняли офтальмологическое обследование, анализ крови на ТТГ, своб.Т4, АТ к рТТГ, АТ к ТПО. Проводили рентгеновскую компьютерную томографию орбит, 4 больным выполнили электрофизиологические исследования (ЭФИ) сетчатки и ЗН. Перед хирургическим вмешательством проводили патогенетическое лечение глюкокортикоидами (ГК) и нейропротекторами. Перед операцией скорректирована острота зрения (КОЗ) пациентов составляла от 0 (ноль) до 0,2. Изменения периферических полей зрения представлены расширением слепого пятна, центральными и парацентральными скотомами, полным выпадением или сужением периферического поля более чем на 20°, экзофтальметрия (по Гертелю) от 24 до 29 мм (в среднем – 26,5 мм). При неэффективности консервативного лечения проводили экстренную эндоскопическую трансназальную орбитотомию медиальной стенки с рассечением периорбитальной надкостницы и мобилизацией медиальной прямой мышцы и декомпрессию ЗН с рассечением сухожильного кольца.

Результаты. В послеоперационном периоде наблюдали положительную динамику повышение КОЗ в первые сутки на 0,1, при последующих наблюдениях – на 0,3–0,4. У 2 больных КОЗ до операции 0 (ноль) и неправильная светопроекция после операции не изменились. У 3 пациентов отмечены положительные изменения показателей ЭФИ. Регресс экзофтальма в послеоперационном периоде составил от 2 до 5 мм. В послеоперационном периоде продолжено патогенетическое лечение ГК, проведены курсы гипербарической оксигенации.

Выводы. Эндоскопическая трансназальная декомпрессия ЗН у пациентов с ОН и выраженным снижением остроты зрения в активной стадии миогенной и смешанной формы ЭОП носит

ургентный характер и направлена на предотвращение слепоты и наиболее эффективна при комплексном медицинском лечении.

СОЧЕТАНИЕ ОТГРАНИЧЕННОЙ ГЕАНГИОМЫ ХОРИОИДЕИ ПРАВОГО ГЛАЗА С МЕНИНГИОМОЙ КАНАЛА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПАРНОГО ГЛАЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Саакян С.В.¹, Склярова Н.В.¹, Калинин П.Л.², Кутин М.А.²

¹ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия

²ФГАУ «ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Гемангиома хориоидеи – редкое доброкачественное образование, длительное время развивающееся бессимптомно. Сочетание двух первичных процессов зрительного пути встречается крайне редко.

Цель. Описание клинического случая сочетания гемангиомы хориоидеи OD и менингиомы зрительного канала OS.

Материал и методы. В институт обратилась пациентка 1948 г.р. с жалобами на снижение зрения и искажение предметов перед OD. Предварительный диагноз: OD – новообразование хориоидеи макулярной локализации, OS – оптическая невропатия неясного генеза. Данные обследования: Vis OD=0,2sph+1,5D cyl+1,0Dax135=0,5, OS=0,09 н/к; ВГД 10/11 мм рт.ст.; на глазном дне OD в макулярной зоне просматривается небольшое проминирующее образование розового цвета с ровными нечеткими границами; OS – диск зрительного нерва (ДЗН) монотонный, границы четкие, сосуды нитевидные. Фон глазного дна бледный. По данным компьютерной периметрии выявлена парацентральная относительная скотома справа и монокулярная левосторонняя гемианопсия. Эхографически в центральном отделе заднего полюса OD определяется проминирующее образование повышенной эхографической плотности с уровнем элевации до 2,0 мм, диаметром основания до 10 мм, в режиме цветовой доплерографии (ЦДК) – единичные мелкие собственные сосуды образования. Оптическая когерентная томография (ОКТ) OD – в центральной зоне заднего полюса определяется равномерная элевация хориоидального профиля с утолщением сетчатки над образованием; ОКТ OS – обращает на себя внимание состояние ДЗН – уменьшение толщины зрительных волокон в перипапиллярной зоне и макулярной области. УЗДГ и ЦДК брахиоцефальной области – грубой патологии сосудов не обнаружено.

В связи с тем, что диагноз отграниченной гемангиомы хориоидеи макулярной зоны малых размеров был уточнен, подтверждены высокие зрительные функции ведущего глаза, оперативные манипуляции в отношении OD отложены и рекомендовано динамическое наблюдение. На OS в связи с вышеперечисленными изменениями ДЗН предположены изменения постишемического характера или опухолевый процесс зрительных путей, в связи с чем пациентке проведено дообследование – МРТ головы. По данным проведенных исследований выявлено новообразование левого канала зрительного нерва, имеющее признаки менингиомы, в связи с чем пациентка направлена в НМИЦ им. акад. Н.Н. Бурденко, отделение нейрохирургии. При поступлении: Vis OD=0,5 с коррекцией; OS=0,03 некорректирует, эксцентрично. Отмечает быстрое ухудшение зрения OS за последние две недели. Проведено транскраниальное парциальное микрохирургическое удаление менингиомы клиноида слева с декомпрессией левого канала зрительного нерва с определением менингиомы

WHO grade 1. В послеоперационном периоде отмечено повышение остроты зрения OS до 0,3. Острота зрения OD за последние 10 месяцев наблюдения остается на уровне 0,5. Пациентка находится под наблюдением.

Заключение. Соблюдение протокола обследования с использованием современных методов диагностики позволяют своевременно выявить заболевание и, таким образом, избежать стойкой потери зрения и инвалидизации пациента.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ АДЕНОЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО ВОЗРАСТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА

Григорьев А.Ю., Иващенко О.В., Азизян В.Н., Надеждина Е.Ю.
Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Цель работы. Сравнить эффективность транссфеноидальных вмешательств у пациентов с болезнью Иценко-Кушинга (БИК) детского возраста и взрослых.

Материал и методы. За период с 2004 по 2017 г. включительно выполнена 831 операция 732 больным БИК. Первично прооперированы 686 пациентов, 26 из них были моложе 18 лет, повторно – 141 пациент, 9 из которых – дети. В исследование вошли первично оперированные больные центральным АКГГ-зависимым гиперкортицизмом за период с 2008 по 2017 г. В исследуемую группу были включены 26 пациентов, которые на момент проведения транссфеноидальной аденоэктомии (ТСА) не достигли 18-летнего возраста. В нее вошли 14 (54%) девочек и 12 (46%) мальчиков. Поскольку лишь у 2 (8%) больных в исследуемой группе была выявлена макроаденома гипофиза в группу контроля также были включены «взрослые» пациенты с диффузной неоднородностью и микрокортикотропиномами, что составило 411 пациентов, их них женщин – 335 (82%), мужчин – 76 (18%). Первично, по данным МРТ, диффузная неоднородность аденогипофиза была выявлена у 9 (35%) пациентов в группе детей и 93 (23%) в группе взрослых, микроаденома – у 15 (57%) и у 318 (77%) соответственно. Гипофизарный генез АКГГ-зависимого гиперкортицизма подтвержден данными селективного забора крови из нижних каменистых синусов у 15 (58%) пациентов в исследуемой группе и у 161 (39%) пациента в группе контроля. Селективная ТСА была проведена в 42% (11 из 26) случаев в исследуемой группе и в 52% (213 из 411) группе контроля. Повторная ТСА в исследуемой группе была выполнена у 12 пациентов. С целью катамнеза были исследованы 26 детей и 211 взрослых, период катамнестического наблюдения в группах составил 5–116 и 6–101 мес. соответственно.

Результаты. Послеоперационная ремиссия после первой ТСА в детской группе развилась в 17 (65%) наблюдениях, из них в 15 (88%) случаях наступила надпочечниковая недостаточность, в группе взрослых – в 347 (84%) и 318 (92%) наблюдениях соответственно. Персистенция гиперкортицизма сохранялась у 9 (35%) пациентов в исследуемой группе и у 64 (16%) в группе контроля. Послеоперационный эндокринный дефицит был представлен развитием гипотиреоза в 19% (5 из 26 наблюдений) в группе детей и 7% (15 из 211 наблюдений) в группе взрослых, несахарный диабет – в 54% (14 из 26) и 36% (76 из 211) соответственно. Рецидив в группе -детей развился у 3 (17%) больных, в группе взрослых – у 38 (18%) соответственно.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ МИНИ-ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ

Джинджихадзе Р.С.¹, Древаль О.Н.¹, Лазарев В.А.¹, Поляков А.В.²
¹ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва, Россия

²ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ, Москва, Россия

Введение. 3D-моделирование в рамках предоперационного планирования зарекомендовало свою полезность и эффективность в современной нейрохирургии. За последние несколько десятилетий совершенствование микрохирургической техники, нейрорадиологии, современных протоколов ведения больных значительно улучшили показатели выживаемости и исходов у больных с нейрохирургической патологией. Активное использование нейронавигации и создание виртуальной 3D-модели позволяет значительно снизить риск послеоперационных доступ-ассоциированных осложнений, что особенно важно в мини-инвазивной нейрохирургии, в частности в хирургии церебральных аневризм.

Материал и методы. Авторы представили результаты использования виртуальной краниотомии, планирования предполагаемой трепанации и формирования индивидуального хирургического маршрута к аневризме с использованием следующих мини-доступов у 85 больных: супраорбитальная keyhole краниотомия (СОК, 55 чел., 64,7%), мини-птериональная краниотомия (МПК, 10 чел., 11,7%), транспальпебральный доступ (ТПД, 20 чел., 23,6%). По локализации аневризмы распределены следующим образом: 40 аневризм передней соединительной артерии, 25 параклиноидных аневризм, 20 аневризм средней мозговой артерии. В рамках диагностики и предоперационного планирования всем больным выполнялась МСКТ-ангиография. Данные КТ были получены с помощью аппарата Toshiba aquilion prime 160, протокол сканирования был установлен на 220 мА для тока трубки и 120 кВ, толщина среза 0,5 мм. В процессе создания виртуальной модели черепа с предполагаемой краниотомией использовалась программа Inobitec DICOM-viewer; важным этапом была оценка лицевой анатомии, размеров лобных пазух, пневматизации переднего наклоненного отростка, размера и локализации аневризмы, особенностей сосудистой анатомии. Рассчитывали предполагаемые углы атаки и возможности клипирования аневризм из разных доступов, оценивали все преимущества и недостатки определенной краниотомии. Выбранный доступ выполнялся с учетом оценки исследуемых параметров. На интраоперационном этапе использовалась нейронавигация (Medtronic Stealth station S7), сопряженная с операционным микроскопом (Carl Zeiss OPMI Pentax 900).

Результаты. Все аневризмы были полностью выключены из мозгового кровотока. В послеоперационном периоде больным выполнялась МСКТ-ангиография головного мозга – все аневризмы были полностью выключены из мозгового кровотока. В 100% случаев, по данным контрольной КТ, объем выполненной краниотомии совпадал с предполагаемым доступом на этапе предоперационного планирования. Ни в одном из случаев лобная пазуха не была вскрыта. Гнойно-воспалительных осложнений не было отмечено ни в одном из случаев. Послеоперационный косметический результат оценивался пациентами как отличный.

Заключение. Минимально-инвазивная нейрохирургия активно приобретает все большую популярность. Индивидуальное 3D-моделирование является эффективным методом как диагностики, так и оценки лицевой и костной анатомии с индивидуальным планированием. Использование современного программного обеспечения позволяет моделировать предполагаемые

доступы, достоверно оценивать возможные осложнения и в результате предпринимать все возможные меры для их предотвращения. Дальнейшее совершенствование вышеописанных методов и их внедрение в повседневную практику заметно повысят эффективность хирургии и снизят частоту доступ-ассоциированных осложнений.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ И ПРОТЯЖЕННЫХ СТЕНОЗОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Месхи К.Т., Ворона Б.Н.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Возрастные дегенеративные изменения костно-хрящевых структур шейного отдела позвоночника встречаются в 50% случаев среди трудоспособного населения средней возрастной группы, хотя большинство случаев протекает бессимптомно, такие изменения, как грыжа межпозвонкового диска, образование краевых остеофитов, гипертрофированный суставно-связочный аппарат, являются причиной возникновения неврологической симптоматики, вызывая боль в шее, радикуло- и миелопатию. В ходе проведения клинического и инструментального исследований у большинства пациентов, имеющих неврологическую симптоматику, выявляются дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, затрагивающие один – два позвоночно-двигательных сегмента, реже – в количестве трех – четырех уровней.

Цель. Анализ существующих методов хирургического лечения локальных и протяженных стенозов шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Всем пациентам проведено миниинвазивное хирургическое вмешательство с использованием микрохирургической техники и оптического увеличения (операционный микроскоп) в объеме тотальной дискэктомии, декомпрессии, переднего шейного спондилодеза кейджами с нулевым профилем и механизмом блокирования, выполненными из РЕЕК-материала. С целью повышения качества организации спондилодеза в качестве наполнителя кейджа использовалась остеокондуктивная паста на основе гидроксиапатита и β-трикальцийфосфата.

Результаты. За период с 2013 по 2017 г. в нашей клинике прооперированы 5 пациентов с локальными и протяженными стенозами позвоночного канала. В результате проведенного лечения у 52 (94,5%) пациентов отмечен полный регресс болевой корешковой симптоматики с выпиской на амбулаторное долечивание на 3–4-е сутки после оперативного лечения. В результате у этих пациентов достигнут отличный ближайший результат. У 3 (5,5%) пациентов на 3-и послеоперационные сутки наблюдались симптомы вторичного отека корешка, потребовавшие консервативного лечения в стационарных условиях, которое в течение 7–9 суток привело к полному регрессу болевой корешковой симптоматики. Пациенты также были выписаны на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии. Результат лечения этих пациентов был расценен как хороший.

Выводы. Существует довольно большое число вариантов осуществления декомпрессии при стенозах позвоночного канала шейного отдела позвоночника, однако вариантом выбора должны быть наименее инвазивные методики, сводящие к минимуму

операционную травму, и как следствие, обеспечивающие быструю реабилитацию пациентов. Описанная методика обладает рядом несомненных достоинств: миниинвазивность (без ущерба качества проводимой декомпрессии или фиксации), минимальная травматизация прилежащих тканей, особенно передней продольной связки, что в свою очередь является одним из важнейших факторов в процессе развития дегенерации смежных сегментов; создание условий для образования межтелового спондилодеза; возможность быстрого возвращения к нормальной жизни; минимальный косметический дефект.

Все вышеприведенные данные дают основание говорить об описанной методике как о методе выбора при хирургическом лечении локальных стенозов позвоночного канала шейного отдела позвоночника, что подтверждается как личным, так и мировым опытом работы над данной проблемой.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Осипова Н.А., Соколов В.В., Ветшева М.С., Решетов И.В.
МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ, Москва, Россия

Цель: разработать и внедрить оптимальные методы анестезии, обеспечения проходимости дыхательных путей и вентиляции легких при эндоскопической лазерной деструкции опухолей гортани, трахеи и бронхов.

Материал и методы. Разработаны, применены и исследованы 3 варианта анестезиологического обеспечения (АО) (n=143) в зависимости от уровня локализации опухоли в дыхательных путях (ДП): гортань (группа 1, n=77), трахея (группа 2, n=42), бронхи (группа 3, n=24), отличающиеся друг от друга тактикой поддержания проходимости ДП, вентиляции легких и особенностями анестезии. Премедикация для всех групп: транквилизатор мидазолам 10 мг в/м, опиоид трамадол 100 мг в/м, НПВС кетопрофен 100 мг (или баралгин 5 мл) в/м и атропин в обычной дозе. Во всех случаях проводилась местная базис-анестезия дыхательных путей (лидокаин 5%) в сочетании со сбалансированной внутривенной анестезией на основе мидазолама, пропофола, фентанила и микродоз кетамин: при самостоятельном дыхании пациентов (группа 1) или с проведением искусственной вентиляции легких (ИВЛ): объемной (ОИВЛ, группа 2) либо высокочастотной (ВЧИВЛ, группа 3). Контроль состояния пациентов: пульсовая оксиметрия, измерение АД, по показаниям – экспресс-анализ газов и КЦС капиллярной крови.

Результаты. Во всех случаях запланированные операции выполнены без угрозы для жизни пациентов. Большинство пациентов группы 1 успешно оперированы при сохраненном адекватном самостоятельном дыхании по данным пульсовой оксиметрии и стабильных показателях кровообращения, а 2 из 77 – в связи с чрезмерной индивидуальной кашлевой реакцией – с использованием ОИВЛ. У пациентов групп 2 и 3 манипуляции эндохирурга чередовались с сеансами ОИВЛ или ВЧИВЛ через тубус бронхоскопа. При технических сложностях операции эпизоды кратковременной гипоксемии (SpO_2 82–88%) отмечены в паузах ОИВЛ или ВЧИВЛ у 2 пациентов с исходной дыхательной недостаточностью I–IIБ степеней (в т.ч. у 1 после пневмонэктомии). В этих случаях имела место тенденция к

гиперкапнии, связанной с ограниченным пассивным выдохом через тубус бронхоскопа.

Заключение. Разработанные методы анестезиологического обеспечения эндоскопических операций удаления опухолей гортани, трахеи и бронхов эффективны и безопасны. Для контроля степени гиперкапнии показано использование транскутанного мониторинга CO₂.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

Енгибарян М.А.

ФГБУ РНИОИ МЗ РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Неоднократно рецидивирующие опухоли придаточного аппарата представляют непосредственную угрозу не только для существования глаза и, естественно, зрения, но и для жизни больного.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных рецидивными злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза.

Материал и методы. В 1-ю группу включены 56 пациентов, которым было проведено лечение по разработанному нами способу, во 2-ю – 62 человека, которым выполнена экзентерация орбиты.

Результаты. Разработан способ лечения злокачественных новообразований с использованием короткодистанционной рентгенотерапии и химиотерапии на фоне применения кортикостероидов перед хирургическим вмешательством. Изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения по разработанному способу. При сравнительном анализе безрецидивной выживаемости выявлено достоверное увеличение числа рецидивов после органосохраняющего лечения. Безрецидивная выживаемость в 1-й группе составила 69,6±6,1%, во 2-й достоверно больше – 91,9±3,4%. Сохранить глазное яблоко в исходе лечения удалось у 40 (71,4%) пациентов 1-й группы, тогда как у всех пациентов 2-й группы глаз был удален. Анализируя отдаленные результаты лечения мы не получили статистически достоверных отличий: доля выживших без прогрессирования в 1-й группе составила 96,4±2,4, во 2-й – 98,4±1,4.

Выводы. Проведение радикального хирургического вмешательства с предшествующим проведением лучевого лечения в сочетании с локальной химиотерапией на фоне введения дипроспана целесообразно, т.к. позволяет избежать удаления глазного яблока у 71,4% пациентов с рецидивными злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза, не ухудшая выживаемости больных.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ КРАНИООРБИТАЛЬНОЙ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМОЙ

Григорьева Н.Н., Серова Н.К., Черкаев В.А., Белов А.И., Щурова И.Н.
НМИЦ им. акад. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Москва, Россия

Кавернозная гемангиома орбиты – сосудистое новообразование, развивающееся в результате аномальной закладки сосудистой системы, встречается почти у 70% пациентов с сосудистыми новообразованиями орбиты (А.Ф. Бровкина, 2002).

Материал и методы. Мы провели обследование 49 пациентов, которые находились на лечении в НМИЦ им. акад. Н.Н. Бурденко с 2005 по 2017 г. с диагнозом «кавернозная гемангиома орбитокраниальной локализации». Возраст больных составил от 17 до 71 года (медиана 44,5 года), женщин было 35, мужчин – 14. Всем больным проводили нейроофтальмологическое обследование (визометрия, периметрия, экзофтальмометрия, офтальмоскопия), различные методы нейровизуализации: КТ, СКТ, КТ-перфузия, МРТ головного мозга. Все пациенты подверглись нейрохирургической операции. Проводилось гистологическое исследование удаленной опухоли.

Результаты. При проведении нейровизуализационных методов исследования было выявлено, что у 20 больных образование не выходило за пределы орбиты, располагалось в области вершины орбиты, у 6 пациентов – в орбите и зрительном канале, у 9 – в орбите и верхней глазничной щели, у 12 – в орбите, зрительном канале, верхней глазничной щели, у 2 – в кавернозном синусе. В клинической картине заболевания все пациенты имели экзофтальм, который составил от 1 до 10 мм. Нормальные зрительные функции были обнаружены у 24 больных, снижение остроты зрения – у 25. Были выявлены следующие дефекты в поле зрения: сужение периферических границ – у 14 больных, наличие парацентральной или центральной скотомы – у 7 больных, сочетание сужения границ и наличие скотомы – у 4. Нормальная офтальмоскопическая картина наблюдалась у 25 больных. В результате сдавления зрительного нерва опухолью у 8 больных развился отек диска зрительного нерва, у 16 пациентов развились признаки первичной атрофии диска зрительного нерва. Глазодвигательные нарушения были выявлены у 22 больных.

При сопоставлении данных офтальмологического исследования с данными нейровизуализационного обследования оказалось, что нормальные зрительные функции были у пациентов с локализацией опухоли в орбите, а нарушение зрительных функций возникало за счет сдавления зрительного нерва опухолью у вершины орбиты и в зрительном канале. Глазодвигательные расстройства были вызваны компрессией мышечного комплекса у вершины орбиты; более грубые глазодвигательные дефекты наблюдались при распространении объемного образования в верхнюю глазничную щель и кавернозный синус.

Заключение. Клиническая картина заболевания зависит от локализации процесса. Зрительные расстройства, обусловленные воздействием опухоли на волокна зрительного нерва с развитием атрофии диска зрительного нерва, характерны для распространения кавернозной гемангиомы в зрительный канал, глазодвигательные расстройства характерны для локализации опухоли в орбите и верхней глазничной щели.

Нейроофтальмологическая симптоматика и данные нейровизуализационных методов исследования, определяющие локализацию опухоли, позволяют выбрать адекватный хирургический доступ для радикального удаления опухоли, что способствует регрессу офтальмологической симптоматики.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУБАТРОФИЧНЫХ ГЛАЗ

Филатова И.А., Вериге Е.Н., Денисюк В.О.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Субатрофия глазного яблока характеризуется симптомокомплексом изменений, который имеет опре-

деленную клиническую картину, закономерную динамику и исход при отсутствии лечения в виде функциональной, а затем и анатомической гибели глаза. Такие состояния могут быть следствием тяжелой механической и ожоговой травмы, воспалительных, врожденных изменений, в результате осложнений хирургических вмешательств. В случаях посттравматической субатрофии (ПТС), когда хирургическое лечение не показано и неперспективно, для реабилитации пациентов возможен подбор косметической контактной линзы или одностенного протеза из стекла или пластмассы.

Целью работы явилось определение показаний и противопоказаний к глазопротезированию при ПТС с учетом стадии течения процесса.

Материал и методы. При анализе работы кабинета глазного протезирования ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ за 3 года (2015–2017) установлено, что среди общего числа больных, которым проводилось глазопротезирование (в среднем ежегодно 700–900 человек) лица с наличием ПТС, составили около 2%. Прослежены отдаленные результаты у 210 пациентов старше 18 лет, т.к. протезирование детей имеет свои особенности и в разряд исследуемых они не включались. Перед определением показаний к возможному протезированию проводили комплексное диагностическое обследование обоих глаз с анализом клинических данных, ультразвуковых методов исследования, поскольку при субатрофии довольно часто оптические среды были непрозрачными. О наличии сенсibilизации к тканевым антигенам глаза (роговица, хрусталик, увеапигментная ткань, сетчатка) судили по результатам реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ). Электрофизиологические показатели (электрическая чувствительность сетчатки и лабильность зрительного нерва) определяли при возрастающем световом стимуле в 10 раз. В качестве группы сравнения исследовали 350 пациентов с анофтальмом, которым вследствие тяжелых осложнений травмы проводили удаление глазного яблока с формированием опорно-двигательной культы (ОДК) при использовании орбитальных имплантатов из Карботекстима и экофлона. Перед протезированием субатрофичных глаз оценивали результаты клинико-диагностических исследований.

Результаты. После суммирования результатов полученных данных разработаны показания к глазопротезированию. Протезирование возможно не ранее, чем через 10–12 месяцев после перенесенной травмы, при этом должны учитываться следующие параметры: размер глазного яблока, отсутствие признаков вялотекущего увеита, отсутствие в глазу инородного тела, отсутствие зрительных функций, по данным иммунологических исследований отсутствие сенсibilизации к тканевым антигенам глаза в реакции РТМЛ (реакция торможения миграции лейкоцитов), отсутствие или значительное снижение чувствительности роговицы, что определяется с помощью «волосковой» пробы. При первичном протезировании субатрофичного глаза необходимо избегать форсированного использования подобранной формы протеза, а обеспечить постепенное привыкание к нему. При сравнении результатов глазного протезирования по следующим критериям: западение протеза, западение верхнего века, асимметрия ширины глазных щелей, лагофтальм, средняя суммарная подвижность культы/субатрофичного глаза, средняя суммарная подвижность протеза, подвижность глазного протеза в % от подвижности здорового глаза, подвижность глазного протеза в % от подвижности культы/субатрофичного глаза и субъективная оценка данных больных, выявлено, что

по большинству критериев достоверной разницы в полученных результатах не выявлено. Подвижность субатрофичного глаза была на 19% выше подвижности культы при анофтальме, а подвижность глазного протеза на субатрофичном глазу – на 11% выше, чем у пациентов с анофтальмом. Подвижность глазного протеза составила 81,1% от подвижности культы при анофтальме и 87,2% – от подвижности субатрофичного глаза, а подвижность глазного протеза от подвижности здорового глаза составила 63,9 и 69,1% соответственно при анофтальме и в субатрофичном глазу.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ с использованием различных диагностических методик позволил определить четкие критерии к глазопротезированию на субатрофичном глазу, что позволяет избежать ряда осложнений, связанных с неправильным подходом к ведению пациентов с данной патологией, и тем самым обеспечивает хорошие функциональные и косметические результаты.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ЭВИСЦЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ

Филатова И.А.¹, Мохаммад И.М.¹, Чистякова О.В..²

¹ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. акад. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Эвисцерация глазного яблока с пластикой культы по сравнению с энуклеацией, по данным разных исследователей, показала наилучшие функциональные и косметические результаты и низкую частоту осложнений, таких как смещение, обнажение и отторжение орбитального имплантата. Однако, несмотря на это, эвисцерация всегда оставалась на втором месте из-за страха возникновения симпатической офтальмии на парном глазу.

Цель работы: оценка безопасности разработанной методики эвисцерации с применением методов радиоволновой хирургии с помощью цитологического исследования интраоперационного материала.

Материал и методы. В течение 2017 г. в отделе травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования НИИ глазных болезней им. Гельмгольца 11 пациентам были удалены глаза по разработанной методике эвисцерации с применением радиоволновой хирургии с интраоперационным цитологическим исследованием. Все удаленные глаза были слепыми и бесперспективными. Диагноз «последствия проникающей травмы глаза: амавроз, субатрофия глазного яблока, посттравматический вялотекущий увеит». Иммунологический анализ крови на наличие сенсibilизации к антигенам глаза (РТМЛ – реакция торможения миграции лейкоцитов) у 8 пациентов выявил аутосенсibilизацию на антигены увеаретинальной ткани. После удаления роговицы, тупым путем удаляли внутреннюю оболочку глаза с помощью хирургической лопатки. Промывали полость склеры раствором перекиси водорода и 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина. С помощью скальпеля производили соскабливание внутренней поверхности склеры в разных участках, после чего наносили собранный материал на предметное стекло одним скользящим движением. Далее проводили полную обработку внутренней поверхности склеры

с помощью радиоволнового прибора «Сургитрон DC 120» с коагуляцией эмиссариев с помощью игольчатого наконечника и наконечника в виде петли. После чего промывали полость склеры перекисью водорода и производили повторный забор материала скальпелем по вышеописанной методике. Завершали операцию имплантацией орбитального имплантата с послойным ушиванием раны и протезированием конъюнктивальной полости. Предметное стекло с материалом высушивали пассивным путем, упаковали и отправляли на окрашивание и просмотр.

Результаты. Во всех случаях лечения достигнут положительный косметический результат (оценку проводили спустя 6 месяцев после операции). Результаты цитологии в материале, взятом при выполнении энвисцерации до обработки склеры методом радиоволновой хирургии: во всех 11 образцах были обнаружены следующие типы клеток: меланоциты, эпителиальные клетки, клетки крови (преимущественно эритроциты) и фибробласты. Результаты в материале, взятом после дополнительной обработки склеры методом радиоволновой хирургии: в данном материале были обнаружены клетки крови (преимущественно эритроциты) и миксоматозное вещество (продукт разрушенных клеток после обработки склеры). Такие элементы, как меланоциты и пигмент не были обнаружены не в одном из 11 образцов. Повторный анализ крови (РТМЛ) через 6–8 месяцев после операции был отрицательным во всех случаях.

Выводы. Таким образом, применение методов радиоволновой хирургии при энвисцерации позволяет надежным образом удалить внутренние оболочки глаза, что повышает безопасность метода и обеспечивает лучшие функциональные и косметические результаты за счет расширения показаний к энвисцерации глаза.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ УДАЛЕНИЯ ГЛАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЗРИТЕЛЬНОМ НЕРВЕ

Филатова И.А.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» МЗ РФ, Москва, Россия

В последние несколько лет число операций удаления глаза в РФ составляет 5–6 тыс. в год. Причинами удаления глаза являются последствия травмы, онкологические внутриглазные заболевания, терминальная глаукома, инфекционная патология (паноптальмит, эндофтальмит, гнойное расплавление роговицы на слепом глазу). В зависимости от состояния глаза и сопутствующей патологии хирурги выбирают тот или иной метод удаления глаза. Во всех случаях перед удалением глаза необходим тщательный сбор анамнеза и полноценное обследование пациентов.

Цель: выбрать и оценить оптимальную технику удаления глаза у пациентов после операций на зрительном нерве.

Материал и методы. Проведен анализ клинического материала за 10 лет (2008–2017) в отделе травматологии и реконструктивной хирургии и отделе пластической хирургии и глазного протезирования НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. За указанный период было выполнено 1655 операций удаления глаза, из них 699 энуклеаций и 956 энвисцераций. У 13 пациентов в анамнезе имелась патология зрительного нерва (невринома), по поводу которой ранее выполняли хирургическое лечение. Причиной удаления глаза в 5 случаях была начальная субатрофия и помутнение роговицы, в 8 случаях – некомпенсирован-

ная вторичная болящая глаукома. В 9 случаях хирургическое лечение новообразования зрительного нерва ранее выполняли интраорбитальным доступом. У четырех пациентов в нейрохирургическом стационаре вмешательство по поводу невриномы было выполнено краниальным доступом. При обследовании пациентов после хирургического лечения невриномы зрительного нерва на КТ орбиты были выявлены изменения хода и отсутствие части зрительного нерва, а также рубцовые изменения в вершине орбиты. У пациентов после операции краниальным доступом имелись дефекты верхней стенки орбиты со средними размерами 2,5×2,0×2,9 см, к которым прилежала твердая мозговая оболочка.

Во всех случаях удаление глаза было выполнено методом энвисцерации. Техника операции включала следующие этапы: производили паралимбальный разрез конъюнктивы, разделяли ткани в межмышечных пространствах, разрез склеры производили в 1–2 мм от лимба, тупым путем удаляли внутренние оболочки единым конгломератом. Полость склеры промывали растворами перекиси водорода, хлоргексидина. Резецировали задний полюс склеры диаметром 5–7 мм, производили невротомию, гемостаз. При наличии сращений внутренних оболочек с внутренней поверхностью склеры выполняли иссечение внутренних слоев склеры с помощью радиоволнового прибора. Проводили коагуляцию эмиссариев и очищение внутренней поверхности склеры от сращений с пигментными тканями путем резекции внутренних слоев склеры (методом радиоволновой хирургии прибором Surgitron). В полость склеры погружали орбитальный имплантат и перед ним ушивали П-швами лоскуты склеры попарно. Накладывали послойно непрерывные швы на тенозную капсулу, субконъюнктиву и конъюнктиву (викрил 5/0). Полость протезировали.

Результаты и обсуждение. В ранние сроки после операции отеки разрешались в сроки 2–4 недели. Первые месяцы протезирование полости проводили поэтапно стандартными протезами. Через 5–6 месяцев после удаления глаза пациентов направляли в Центр глазного протезирования для изготовления индивидуального протеза, после чего оценивали результаты по следующим критериям: западение протеза и верхнего века в орбиту, подвижность культи и глазного протеза. Результаты у пациентов после энвисцерации превышают результаты после энуклеации (пациенты контрольной группы) по параметрам: западение протеза на 15–26% и верхнего века на 43–47% в орбиту, подвижность культи на 15–20% и глазного протеза на 21–23%.

С учетом наличия дефекта верхней стенки орбиты энвисцерация является безопасным методом в данной группе пациентов, поскольку исключает манипуляции в области верхней прямой мышцы и опасность перфорации рубцовых тканей между полостью черепа и орбитой. Этап невротомии выполняли независимо от объема вмешательства на зрительном нерве, поскольку без пересечения нерва в 2–3 мм за задним полюсом склеры не представлялось возможным резецировать задний полюс склеры для полного удаления элементов пигментных тканей, фиксированных в области диска зрительного нерва.

Заключение. При удалении глаза после хирургического лечения новообразований зрительного нерва обязательно тщательное предоперационное обследование, включая КТ исследование орбит для оценки состояния верхней стенки орбиты. При наличии дефекта верхней стенки орбиты энвисцерация является методом выбора, что минимизирует возможные осложнения.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ТКАНЕЙ ВЕК

Филатова И.А., Шеметов С.А.

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Для оптимального выполнения реконструктивно-пластических операций на веках довольно часто необходимо использовать имплантаты синтетического происхождения. Такие имплантаты должны обладать рядом свойств, одним из которых является безопасность их использования и минимальное влияние на окружающие их ткани.

Целью данного исследования явилась оценка влияния имплантатов из политетрафторэтилена на микроциркуляцию тканей века.

Материал и методы. Данное исследование проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-02 (исполнение 4) (НПП «Лазма», Россия). При исследовании определяли показатель микрогемодициркуляции, который является среднеарифметическим значением уровня перфузии (средний поток эритроцитов) в единице объема ткани за единицу времени. Показатель микроциркуляции измеряют в перфузионных единицах (пф.ед.). Исследование проводили пациентам до и после хирургического лечения (через 1, 6 и 12 мес.). Оценивали микроциркуляцию в тканях века в местах предполагаемого хирургического вмешательства. Критерием отбора для проведения исследования микроциркуляции тканей века явилось отсутствие гипертонической болезни или гипертоническая болезнь 1-й стадии, компенсированная лекарственными средствами; отсутствие нарушения сокращения миокарда и ритма пульса, отсутствие хирургического вмешательства на веках не менее чем 1 год назад. Деление на верхние и нижние веки произведено не было, т.к. достоверной разницы между верхними и нижними веками при определении возрастной нормы выявлено не было. Исследование микроциркуляции было проведено 54 пациентам, которые были разделены на 4 группы в соответствии с возрастом: 1-я – 6–11 лет; 2-я – 12–21 год; 3-я – 22–41 год; 4-я – 42–61 год (табл. 1).

Исследование проводили в стандартных условиях в соответствии с инструкцией указанной производителем. Во время исследования пациент находился в горизонтальном положении. Датчик устанавливали на зону предполагаемого хирургического вмешательства при дооперационном обследовании. Длительность исследования каждой области составляла 3–4 минуты.

Таблица 1. Показатели микроциркуляции до операции по сравнению с возрастной нормой, полученной в работе И.А. Романовой (2011)

Группа	Показатели микроциркуляции в группе исследования, пф.ед (M±m)	Показатели микроциркуляции в норме, пф.ед (M±m)
1	10,76±0,64	11,16±0,84
2	13,70±0,50	13,17±0,76
3	14,74±0,80	15,04±0,70
4	13,20±0,78	12,86±0,69

Результаты оценки микрогемодициркуляции после хирургического лечения с использованием имплантатов из ПТФЭ. Оценка микроциркуляции тканей века проводилась в основной

группе через 1, 3, 6 и 12 мес. после хирургического лечения. При послеоперационном обследовании датчик располагали в зоне проекции установленного имплантата на верхнем и нижнем веках. Датчик располагали перпендикулярно к плоскости исследуемой области, без давления на исследуемую область. Результаты сравнивались с полученными ранее в работе И.А. Романовой «Значение микроциркуляции крови в прогнозировании и оценке результатов реконструктивных операций на веках» (Москва, 2011). Также в этой работе была изучена динамика изменений гемодинамических параметров кожи век после реконструктивных вмешательств на веках методом местной пластики. Для этого проведено исследование 27 человек с повреждениями век различной этиологии. Возраст пациентов варьировался от 26 до 59 лет (средний 42,4 года). Результаты данного исследования были взяты для сравнения с результатами, полученными в нашем исследовании. Для более точного сравнения из исследуемых пациентов была подобрана группа пациентов, соответствующая группе сравнения. Группу составили 39 человек в возрасте от 25 до 60 лет (M=43,7±11,2 года). Пациенты в возрасте от 25 до 61 года составили 2 возрастные группы (3 и 4). Средний показатель микроциркуляции 3 группы – 14,92±0,56, 4 группы – 12,85±0,69 пф.ед. За норму был принят средний показатель между этими двумя значениями, который составил 13,88±0,62 пф.ед. Результаты сравнения представлены в табл. 2.

Таблица 2. Сравнения данных изменений кровотока после хирургического лечения с использованием имплантатов из ПТФЭ и пластики местными тканями

Группа	Показатели микроциркуляции после операции, пф.ед (%) (M±m)		
	1 мес.	6 мес.	12 мес.
Пластика век местными тканями	13,65±0,79 (-2%)	–	11,63±0,67 (-16%)
Пластика век с использованием имплантата из ПТФЭ	14,20±1,13 (+2%)	13,30±0,85 (-4%)	12,25±0,74 (-12%)
Норма	13,88±0,62	13,88±0,62	13,88±0,62

Выводы. В результате оценки и сравнения полученных данных статистически достоверной разницы между сравниваемыми группами не получено. Основываясь на этом, можно сделать вывод, что использование в хирургическом лечении имплантатов из ПТФЭ по предложенной методике не оказывает значительного влияния на микроциркуляцию тканей, окружающих имплантат.

РАДИОТЕРАПИЯ

БРАХИТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Полькин В.В., Севрюков Ф.Е., Медведев В.С., Семин Д.Ю., Исаев П.А., Дербугов Д.Н., Васильков С.В., Моурова Д.Т. МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Обнинск, Россия

Введение. Среди вариантов лучевой терапии (ЛТ) злокачественных опухолей полости рта необходимо отметить метод

брахитерапии (БТ), позволяющий создавать оптимальные дозы облучения в очаге опухоли, необходимые для ее разрушения, без тяжелых лучевых реакций в окружающих неизменных тканях. Новым этапом в развитии БТ является использование калифорния-252.

Цель. Улучшение результатов лечения больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Материал и методы: С помощью нейтронных источников калифорния-252 (^{252}Cf) проведено лечение 586 пациентов с плоскоклеточным раком СОПР. У 471 (80,4%) больного опухоли были первичными, у 115 (19,6%) – рецидивными или остаточными. Новообразования поражали язык – 231 (39,4%), дно полости рта – 169 (28,8%), губу – 138 (23,6%), реже ткани ротоглотки – 30 (5,1%) и щеки – 18 (3,1%). Первичные опухоли, соответствующие символу Т1, наблюдались у 106 (18,1%) больных, Т2 – у 273 (46,6%), Т3 – у 55 (9,4%) и Т4а – у 37 (6,3%). Все пациенты были разделены на 7 групп. В 1-й группе 82 (14%) больных первичными опухолями СОПР получили самостоятельный курс БТ. Во 2-й группе 73 (12,5%) больным рецидивными и остаточными опухолями СОПР БТ проводилась в самостоятельном варианте. В 3-й группе 119 (20,3%) больных первичными и рецидивными опухолями губ получили самостоятельный курс БТ. В 4-й группе 91 (15,5%) больному был проведен традиционный курс сочетанной ЛТ по методике «поздний имплантант»: на первом этапе дистанционная гамма-терапия, на втором – внутритканевая нейтронная терапия. В 5-й группе 136 (32,6%) больным проводился нетрадиционный курс сочетанной ЛТ («ранний имплантант»), согласно которой БТ проводилась на первом этапе лечения. В 6-й группе 45 больных самостоятельный курс БТ источниками калифорния-252 проведен в комбинации с одновременной полихимиотерапией (ПХТ), в 7-й группе 40 больным проводилась сочетанная ЛТ в комбинации с одновременной ПХТ. При самостоятельном варианте доза нейтронов составляла от 7 до 9 Гр, при сочетанном – от 3,5 до 5 Гр.

Результаты. Полная регрессия (ПР) опухоли отмечена у 486 (82,9%) больных, частичная регрессия – у 100 (17,1%) пациентов. ПР опухоли при Т1 составила 90,6% (96 из 106), Т2 – 87,9% (240 из 273), Т3 – 76,4% (42 из 55), Т4 – 51,3% (19 из 37) и при рецидивных опухолях – 77,4% (89 из 115). В 1-й группе ПР отмечена у 73 (89,0%) больных, во 2-й – у 44 (60,2%), в 3-й – у 117 (98,3%), в 4 – у 60 (65,9%), в 5-й – у 111 (81,6%), в 6-й – у 45 (100%), в 7-й – у 36 (90,0%). Общая 5-летняя выживаемость составила $55,0 \pm 3,2\%$: при Т1 – $73,0 \pm 6,1\%$, при Т2 – $60,4 \pm 3,6\%$, при Т3 – $46,5 \pm 9,8\%$, при Т4 – $43,4 \pm 16,1\%$. При рецидивных опухолях размером до 2 см в диаметре 5-летняя выживаемость составила $51,9 \pm 17,7\%$, а при новообразованиях более 2 см – $42,5 \pm 10,6\%$. Общая 5-летняя выживаемость в 1-й группе составила $67,0 \pm 8,3\%$, во 2-й – $35,6 \pm 10\%$, в 3-й – $84,0 \pm 8,6\%$, в 4-й – $37,7 \pm 10,5\%$, в 5-й – $47,7 \pm 8,2\%$, в 6-й – $86,1 \pm 3,1\%$, в 7-й – $84,1 \pm 3,5\%$.

Выводы. БТ источниками калифорния-252 в комбинации с ПХТ является эффективным методом лечения как в самостоятельном варианте лечения ограниченных по размеру первичных (Т1-Т2) опухолей СОПР, так и в случае сочетанной ЛТ. БТ демонстрирует высокую эффективность при рецидивных (до 4 см) новообразованиях СОПР, что позволяет избежать калечащих и трудоемких хирургических вмешательств.

ОНКОЛОГИЯ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ФИБРОЗНО-КОСТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

Кугушев А.Ю.

ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Доброкачественные фиброзно-костные поражения краниофациальной области представлены различными морфологическими процессами, которые характеризуются патологическими оссификатами и кальцинатами в сочетании с наличием гиперклеточных фиброзных элементов в костном мозге. Текущая классификация включает в себя новообразования, диспластические поражения и воспалительные/реактивные процессы. Окончательный диагноз зависит от клинических, радиологических и гистологических особенностей. При вовлечении костей черепа эти поражения часто трудно различимы, а учитывая разный прогноз заболевания и сложность анатомии с близостью к нейрососудистым структурам, выбор тактики лечения затруднителен. У детей наиболее распространенным диспластическим процессом в костях является фиброзная дисплазия. К доброкачественным, наиболее часто встречающимся в педиатрической популяции новообразованиям относятся ювенильная оссифицирующая фиброма, которая характеризуется агрессивным ростом. К другим многочисленным фиброзно-костным поражениям относят остеомы, аневризальные костные кисты, одиночные костные кисты и метаболические заболевания костей, такие как «коричневые опухоли» при гиперпаратиреозе. Отдельно стоят воспалительные заболевания, которые преимущественно представлены первично-хроническим продуктивным остеомиелитом челюстей.

Цель. Выработка алгоритма проведения дифференциальной диагностики фиброзно-костных поражений черепа.

Материал и методы. Ретроспективно оценен опыт отделения ЧЛХ РДКБ Минздрава РФ с 2008 по 2017 г. Из 183 случаев документально подтвержденных образований костей фиброзно-костные поражения составили 153 случая. Средний возраст дебюта заболеваний 7,9 года. Проведен ретроспективный анализ по сопоставлению рентгенологической, клинической и гистологической картин заболеваний с целью оптимизации проведения дифференциальной диагностики и возможности планирования лечения таких пациентов.

Результаты. В большинстве случаев диагноз устанавливался с помощью компьютерной томографии, на которой определялись характерные изменения. Тем не менее для постановки правильного диагноза необходим мультидисциплинарный подход, включающий лучевую диагностику, оценку анамнеза и гистологической картины. В сложных случаях для постановки диагноза и определения объема хирургического лечения детям проводили биопсию образования. Чаще всего в детском возрасте встречается фиброзная дисплазия, затем ювенильная оссифицирующая фиброма, фокальный или диффузный хронический остеомиелит, остеома и аневризальная костная опухоль (2 случая) с «коричневой опухолью».

Заключение. Доброкачественные фиброзно-костные поражения черепа чаще всего характеризуются доброкачественным течением. Появление первых признаков заболевания часто

бывает постепенным, хотя в некоторых случаях может возникать компрессия нервов, в связи с чем требует многодисциплинарный подход к лечению. Правильно выбранный алгоритм на основе дифференциальной диагностики доброкачественных фиброзно-костных поражений позволит избежать рецидива заболевания и необходимости повторного оперативного лечения

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ИЛИ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ МЕТОДОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

*Решетов И.В., Быков И.И., Шевалгин А.А., Абасова А.А.
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Целью данной работы стало изучение радиочастотной термоабляции (РЧА) как одного из методов лечения больных злокачественными заболеваниями органов головы и шеи.

РЧА – это метод прямого направленного разрушения тканей, которая достигается путем термического воздействия в результате использования высокочастотного тока. Преимуществами абляции является высокая эффективность, малая травматичность, экономичность, хороший объективный лечебный эффект, возможность использования малоинвазивных доступов при ее проведении. В результате данная методика может быть использована у соматически ослабленных пациентов, когда сопутствующие заболевания по факту становятся конкурирующими.

Методика заключается во введении электрода (или электродов) в опухоль и воздействие на опухоль высокочастотной энергией. Метод основывается на способности переменного тока высокой частоты индуцировать ионную стимуляцию биологической ткани, что позволяет осуществить ее постепенный фракционный нагрев до температуры 80–110 С°, способствуя гибели клеток. Таким образом, вокруг электрода формируется зона коагуляционного некроза. Введение РЧ-электрода в опухоль может быть выполнено под контролем УЗ-навигации, что в свою очередь обеспечивает четкую визуализацию патологического очага и его локализацию, таким образом, осуществляется контроль процесса обработки ткани.

В 2014 г. в России впервые разработан и создан комплекс специального оборудования МЕТАТОМ, предназначенный для РЧА, который конструктивно представляет собой совокупность функциональных блоков, связанных между собой через блок управления, который обеспечивает включение и управление процессом нагрева, а также измерение и регулировку температуры опухоли в заданном объеме. Основными преимуществами этого комплекса являются минимальная кровопотеря при проведении РЧА, сокращение времени операции (по сравнению с хирургическим вмешательством), техническая простота процедуры и автоматическая регулировка воздействия на ткани.

В настоящее время аппарат МЕТАТОМ проходит апробацию и адаптацию для лечения пациентов с онкопроцессами головы и шеи в Онкологическом хирургическом отделении опухолей головы и шеи, молочных желез, кожи, мягких тканей УКБ№1 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ.

Проведенное исследование подтверждает, что РЧА является одним из наиболее перспективных направлений в лечении злокачественных опухолей головы и шеи.

ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫХ КАРЦИНОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Поляков А.П., Мордовский А.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Никифорович П.А., Филлюшин М.М., Самуленко А.Н.
МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава РФ, Москва, Россия*

Введение. Среди злокачественных немеланомных новообразований кожи базальноклеточный рак (БКР) лидирует, его доля колеблется от 75 до 97% и продолжает неуклонно увеличиваться. При выборе метода лечения БКР кожи нужно учитывать тип, форму, распространенность опухолевого процесса, локализацию, последующую социальную реабилитацию пациентов. Особого внимания и дифференциального подхода к лечению требует расположение БКР на коже головы и шеи. Несмотря на то что хирургический метод лечения является «золотым стандартом», существуют альтернативные методики. Поэтому выбор метода лечения БКР кожи головы и шеи на сегодняшний день остается актуальным вопросом в онкологии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 200 пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена с диагнозом БКР кожи области головы и шеи с 2010 по 2016 г. Из них мужчин было 110 (55%), женщин – 90 (45%), средний возраст пациентов составил 63±11,8 года. Пациенты были разделены на группы: I группа (первичные опухоли) – 127 (63,5%) пациентов, II группа (один случай рецидива опухоли) – 41 (20,5%), III группа (2 и более случаев рецидива опухоли) – 32 (16%) пациента.

Результаты. Случаи рецидивных опухолей распределились следующим образом: после хирургического лечения – 26 пациентов, лучевой терапии – 20, криодеструкции – 11, фотодинамической терапии (ФДТ) – 10, лазерной гипертермии – 4. Дальнейший анализ показал, что 30% из них первично пролечены в неонкологических учреждениях, 70% – в городских/областных онкологических диспансерах. В I группе среднее время до обращения составило 4,2 года (0–20 лет), 75% пациентам выполнено хирургическое лечение, 18% – хирургическое лечение в сочетании с ФДТ или РЧА, 5% – ФДТ, 2% – лучевая терапия. После первичного лечения у 8 (6,3%) пациентов отмечен рецидив опухоли: у 1 (0,8%) – после хирургического лечения, у 4 (3,14%) – после ФДТ; у 2 (1,6%) – после хирургического лечения в сочетании с ФДТ или РЧА, у 1 (0,8%) – после лучевой терапии. Во II группе среднее время до обращения за медицинской помощью составило 3 года (1–10 лет), 62% пациентам выполнено хирургическое лечение; 33% – хирургическое лечение в сочетании с ФДТ или РЧА, 5% – ФДТ. У 3 (7,1%) пациентов отмечен рецидив опухоли: у 1 (2,1%) – после ФДТ; у 2 (4,2%) – после хирургического лечения в сочетании с ФДТ или РЧА. В III группе среднее время до обращения за медицинской помощью составило 2,2 года (6 месяцев – 7 лет), 50% пациентам выполнено хирургическое лечение, 25% – хирургическое лечение в сочетании с ФДТ или РЧА; 13% – хирургическое лечение в сочетании с ФДТ и РЧА, 12% – ФДТ.

Выводы. Хирургическое лечение первичных опухолей (начальных и местно-распространенных форм БКР кожи) головы и шеи остается «золотым стандартом» и должно проводиться строго в специализированных онкологических учреждениях

с возможностью проведения одномоментной реконструкции. Лучевая терапия и ФДТ в самостоятельном режиме является альтернативным вариантом у пожилых пациентов с местнораспространенными опухолями и выраженной сопутствующей патологией. У пациентов с двумя и более рецидивами и местнораспространенной формой заболевания, предпочтительно проводить комбинированное лечение. При невозможности выполнения хирургического или комбинированного лечения целесообразно применение препаратов ингибиторов сигнального пути Hedgehog.

ЗНАЧЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ГАРПУННОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Коробкин А.С., Решульский С.С., Гафурова А.И.

*ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии»
Федерального медико-биологического агентства России, Москва,
Россия*

Чрескожная гарпунная биопсия (ЧГБ) является заключительным этапом в перечне диагностических процедур, проводимых при выявлении опухолей гортани и гортаноглотки, и является одним из вариантов получения морфологической верификации диагноза рака. Данная малоинвазивная манипуляция повышает эффективность ультразвукового исследования (УЗИ) в дифференциальной диагностике с другими патологическими состояниями в области шеи.

Цель. Оценка возможности комплексного УЗИ и повышение эффективности малоинвазивной столбиковой гарпунной биопсии опухолей гортани и гортаноглотки при УЗИ.

Материал и методы. Мы обратили внимание, что сложность возникает при подслизистом расположении опухоли при отсутствии визуальных изменений, при невозможности подтверждения диагноза при стандартном клинко-инструментальном обследовании, что и послужило показанием к проведению малоинвазивной манипуляции, а именно ЧГБ под УЗ-контролем. С помощью УЗИ определяем новообразование, глубину залегания, характер васкуляризации, распространенность патологического процесса, топографо-анатомическое соотношение с близлежащими органами и тканями, а также расположение магистральных сосудов шеи по отношению к новообразованию. Затем выбираем удобный и безопасный участок для проведения гарпунной биопсии с использованием линейного датчика 7-12 МГц. ЧГБ под УЗ-контролем проводят с помощью автоматического прибора для тканевой биопсии. В зависимости от расположения и глубины залегания образования на аппарате устанавливается длина выходящей части гарпуна. После обработки операционного поля под местной инфильтрационной анестезией выполняется чрескожная пункция. Глубина и направление продвижения гарпунного стилета контролируется с помощью УЗ-аппарата, что отображается на экране монитора. Нажатием на рычаг устройства срезается фрагмент ткани из толщи образования, после чего стилет извлекается наружу. Полученный столбик биопсийного материала (диаметром до 0,2 см) достаточен для выполнения как гистологического, так и иммуногистохимического исследования.

По данной методике проведено 15 исследований. Среди возможных осложнений следует отметить умеренно выраженный болевой синдром (до 10% случаев) и гематому в области биопсии (до 2% случаев), которые купируются методом локальной гипотермии и однократного применения анальгетиков.

Выводы. ЧГБ под контролем УЗ-навигации с последующей морфологической верификацией является инвазивным методом, позволяющим получить достаточное количество материала для гистологической верификации, что необходимо для определения тактики дальнейшего хирургического лечения. Разработанный метод можно применить в амбулаторных условиях, т.к. число осложнений минимально. Кроме того, одномоментно выполняется оценка анатомии гортани и гортаноглотки, топическое расположение опухоли и ее соотношение с прилежащими тканями и лимфатическим коллектором шеи.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ ВЗРОСЛЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРФЕРОНА-АЛЬФА

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

В настоящее время наряду с хирургическими методами лечения папилломатоза гортани (ПГ) для снижения числа рецидивов целесообразно проводить противовирусное лечение с иммуннокоррекцией. Общепринятым методом противорецидивного лечения ПГ является интерферено-терапия. В основном применяют инъекционные формы рекомбинантного интерферона (ИФН), применение которых вызывает развитие пирогенной реакции, отмечают гриппоподобный синдром, тошноту, рвоту, анорексию, головную боль. Кроме того, в ответ на введение инъекционных форм рекомбинантных ИФН вырабатываются нейтрализующие антитела. В то же время, при в/м и в/в введении лишь незначительная часть препарата попадает непосредственно в ткани папиллом, добиться максимальной концентрации интерферона альфа-2 в очаге поражения можно только при использовании ингаляционного введения препарата.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных папилломатозом гортани с помощью нового способа комбинированного лечения, включающего эндоларингеальное микрохирургическое удаление папиллом с применением холодной плазмы и последующим проведением местной противовирусной терапии.

Материал и методы. В ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2014 г. проходит научное исследование эффективности применения ИФН альфа-2 при комбинированном лечении больных ПГ. В открытое рандомизированное контролируемое исследование включены 50 больных. В основной группе – 25 пациентов, которые получают терапию рекомбинантным ИФН в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы. Контрольная группа – пациенты, которые также оперируются методом эндоларингеальной микрохирургии без медикаментозной терапии. Период наблюдения – время пребывания больных в стационаре и в последующем – амбулаторно в течение 2 лет.

Результаты лечения оцениваются по изменению числа и тяжести рецидивов, длительности ремиссий.

Выводы. Применение нового комбинированного метода лечения ПГ приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани и уменьшению частоты последующих рецидивов.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЦЕНТРА ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ В ОТНОШЕНИИ К БОЛЬНЫМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ БОЛЕЕ 40 ЛЕТ

*Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А.
Кафедры госпитальной хирургии и онкологии СПбГПМУ,
Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Представления о рациональности объема операций на щитовидной железе (ЩЖ), регионарных лимфоузлах, обоснованности применения радиоiodа у больных РЩЖ периодически меняются.

Материал и методы. В период с 1973 по 2015 г. были прооперированы 4353 больных РЩЖ. С 80-х гг. прошлого века операции при раке дополнялись биопсией 3, 4, 6 групп лимфоузлов, с 1989 г. – тиреоидэктомии проводили в 2,6 раза чаще. После 1998 г. всем больным выполняли центральную лимфаденэктомию (ЦЛАЭ) под визуальным контролем возвратных нервов (ВН). Для выявления распространения и рецидивирования РЩЖ, обоснования радиойодтерапии определялся уровень тиреоглобулина. С 2001 г. регулярно применяется интраоперационный мониторинг (ИОМ) ВН и добавочных нервов. Всего у 1845 (47,4%) больных предпринята центральная и у 732 (18,8%) боковая ЛАЭ.

Результаты. У 284 (15,4%) из 1845 больных ЦЛАЭ предпринималась как лечебная и в 1561 – как профилактическая процедура. В 340 (21,8%) из 1561 наблюдения гистологически были обнаружены метастазы и число лечебных ЦЛАЭ увеличилось до 624 (33,8%). После боковых ЛАЭ дополнительно были обнаружены фокусы рака в лимфоузлах 2–5 групп в 60–80%. С 1998 по 2007 г. тиреоидэктомия (ТЭ) одновременно с ЦЛАЭ выполнена 962 (67,7%) раза. Метастазы обнаружены в 404 (42,0%) наблюдениях. На 2-м этапе, предпринятом в 14,9%, отпала необходимость работать в зоне ВН. Регулярная ЦЛАЭ снизила повреждение ВН и околощитовидных желез (ОЩЖ) в сумме с 4,1 до 1,3%. Число ЦЛАЭ в последние 10 лет доведено до 89,3%. После ТЭ с ЦЛАЭ после 1998г. число парезов гортани уменьшилось с 1,6 до 0,26%. Уровень гипопаратиреоза сохранялся на прежнем уровне (0,5%), так же как и число послеоперационных кровотечениях (0,4–0,5%). После 1998 г. число рецидивов и повторных регионарных метастазов РЩЖ уменьшилось с 0,5 до 0,27%, что значительно меньше, чем при операциях по поводу РЩЖ, не сопровождавшихся ЦЛАЭ (1,4%). Относительное число послеоперационных повреждений добавочных нервов в течение 40 лет работы снизилось с 2,7 до 1,2 и 0,1%.

Заключение. Профилактическая и лечебная ЦЛАЭ под визуальным контролем ВН и ОЩЖ уменьшила необходимость в повторных операциях по поводу метастазов в 6 группу лимфоузлов шеи, снизила число повреждений ВН и ОЩЖ. Расширенный объем операций на ЩЖ и регионарных лимфоузлах под интраоперационным мониторингом нервов шеи повысил радикализм и безопасность хирургического лечения этих больных.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СТЕРНОТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Романчишен Ф.А.
Кафедра госпитальной хирургии с курсом травматологии
ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский центр эндокринной хирургии и онкологии,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В ситуациях, когда медиастинальные метастазы первичных или рецидивных карцином щитовидной железы были неудаляемыми из шеи, хирургические вмешательства выполняли через трансстернальные доступы. Полное вертикальное рассечение грудины чревато опасностью патологической подвижности ее краев, остеомиелита. При продольно-поперечной стернотомии есть опасность потери внутригрудных артерий, которые уже не смогут быть использованы для аортокоронарного шунтирования. Последние 25 лет мы применяем другую методику стернотомии.

Цель. Топографоанатомическая оценка стернотомии для выполнения медиастинальной лимфаденэктомии.

Материал и методы. Проведено экспериментальное рассечение грудины 17 трупов. Установлено, что глубина раны средостения после стернотомии составила 7,9 см, угол операционного действия составил 69°, угол наклона оси операционного действия – 77°, зона доступности – 63 см². Клиническая часть исследования была предпринята в период с 1974 по 1913 г. на базах Центра, где были прооперированы 3893 пациента с раком щитовидной железы (РЩЖ).

Результаты. Локально-агрессивный рак имел место у 893 больных (240 мужчин и 653 женщины, средний возраст 61,2±3,1 года). Регионарные метастазы выявлены в 560 (62,7%) наблюдениях. Карциномы имели папиллярное (48,5%), фолликулярное (25,2%) и медуллярное (26,3%) строение и были удалены полностью в результате комбинированных, расширенных и комбинировано-расширенных вмешательств в 79,8% наблюдениях. У 97 (10,9%) больных шейный доступ был дополнен стернотомией. Функциональная сохранность возвратных и добавочных нервов многократно мониторировалась (Ф.А. Романчишен, 2007; авторское свидетельство №2006103841/22(004186). Частичное, а не полное рассечение грудины сохраняло каркасную функцию грудной клетки, предупреждало патологическую подвижность грудины у всех больных. Кожа рассекалась горизонтально на 1 см выше яремной вырезки грудины. Вертикальный разрез проводился по средней линии грудины до 3–4-го межреберья, где кожа рассекалась в поперечном направлении, так же как и грудина. Края рассеченной грудины разводились лестничным грудным ранорасширителем. В последние десятилетия (с 1992 г.) у 73 (74,7%) больных выполнили стернотомию без поперечного компонента и у 24 – L-образное рассечение грудины, когда левая половина грудины рассекалась кусачками Листона. Это улучшало эстетический результат вмешательства и снижало травматичность доступа.

Заключение. Вертикальная и L-образная стернотомия по сравнению с полной продольной и продольно-поперечной создает более благоприятные условия для ревизии и удаления метастазов РЩЖ из медиастинальных лимфоузлов.

ЛАРИНГОФАРИНГОЗООФАГЭКТОМИЯ КАК КОМПОНЕНТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА, ГОРТАНОГЛОТКИ И ГОРТАНИ

Рудык А.Н., Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Хамидуллин Р.Г.
 ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
 Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение. В России рак пищевода среди впервые выявленных злокачественных опухолей составляет приблизительно 3,0%. До 20% пациентов имеют III и IV стадии заболевания. Современные рекомендации (AOP, RUSSCO, NCCN, ESMO) не содержат точных указаний на оптимальную тактику лечения пациентов с местно-распространенными опухолями, локализованными в области шейного отдела пищевода и вовлекающими в патологический процесс гортаноглотку или гортань. Наиболее часто пациенты данной категории получают лучевую или химиолучевую терапию. Показатели непосредственных и отдаленных результатов лечения у таких пациентов остаются неудовлетворительными. некоторым пациентам при поражении шейного отдела пищевода с распространением на гортаноглотку возможно выполнение хирургического вмешательства в объеме ларингофарингозоофагэктомии с одномоментной реконструкцией пищевода для восстановления перорального питания.

Цель исследования: изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных местно-распространенным раком шейного отдела пищевода, гортаноглотки, гортани.

Материал и методы. В РКОД МЗ РТ с 1992 по 2017 г. проведено лечение 122 пациентов с местно-распространенным плоскоклеточным раком шейного отдела пищевода, гортаноглотки и гортани. Лучевая или химиолучевая терапия проведена 55 пациентам, 67 пациентам выполнено хирургическое лечение после лучевой/химиолучевой терапии в объеме ларингофарингозоофагэктомии (62 чел.) и зософагэктомии с резекцией гортаноглотки (5 чел.). Фарингогастроанастомоз на шее у 46 пациентов выполнен ручным способом, а у 21 пациента (с 2013 г.) – механическим способом циркулярным сшивающим аппаратом.

Результаты. Общее число осложнений в группе с хирургическим лечением рака шейного отдела пищевода с распространением на гортаноглотку составляет 57,7%. Наибольшее число осложнений связано с несостоятельностью фарингогастроанастомоза на шее (46,2%). Средняя продолжительность жизни пациентов в группе хирургического лечения составила $20,9 \pm 5,6$ мес, тогда как в группе только лучевой/химиолучевой терапии – $8,8 \pm 1,3$ мес.

Выводы. Травматичность и высокий риск развития послеоперационных осложнений после ларингофарингозоофагэктомии с одномоментной пластикой стеблем желудка – основные негативные характеристики данного хирургического вмешательства такого объема. Несмотря на это операция показана ряду пациентов с местно-распространенными формами рака гортаноглотки и шейного отдела пищевода, являясь единственной возможностью излечения пациента или сохранения относительно высокого уровня качества жизни и увеличение ее продолжительности при прогрессировании заболевания. Изменение последовательности методов лечения и современные технологии, возможно, улучшат непосредственные и отдаленные результаты у пациентов данной категории.

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

Штин В.И., Новиков В.А., Гюнтер В.Э., Чойнзонов Е.Ц.,
 Васильев Р.В., Черемисина О.В., Меньшиков К.Ю.
 ИНИИ онкологии Томского НИМЦ, Томск, Россия

Введение. Особое место среди всех онкологических процессов занимают опухоли полости носа и придаточных пазух, которые находятся на 35-м месте в структуре общей онкологической заболеваемости. Разработанные в настоящее время комбинированные подходы к лечению опухолей полости носа и придаточных пазух позволили повысить результаты общей и безрецидивной выживаемости больных. Но, несмотря на все успехи, остается высоким процент рецидивирования опухолей, местные рецидивы в течение первых двух лет наблюдаются в 50–80% случаев.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и реабилитации больных опухолями полости носа и придаточных пазух с использованием фотодинамической терапии (ФДТ).

Материал и методы. В исследование вошли 36 пациентов с опухолями полости носа и придаточных пазух T2-4N0-3M0, которым проводился предоперационный курс дистанционной гамма-терапии на установке «Рокус-М». Через 3–5 дней выполнялось хирургическое вмешательство в объеме комбинированной электрорезекции верхней челюсти с флуоресцентной диагностикой радикальности операции и ФДТ. С этой целью использовался фотосенсибилизатор «Фотодитазин». Итраоперационная ФДТ выполнялась с применением полупроводникового лазера красного диапазона излучения «АЛОД-01», с длиной волны излучения 662 нм, выходной мощностью излучения на торце кварцевого моноволокна от 0,1 до 2 Вт. Доза излучения – от 150 до 350 Дж/см². Восстановление костных структур средней зоны лица и глазницы проводилось с использованием имплантатов из никелида титана с памятью формы. Основной целью оперативного вмешательства при этом являлось восстановление целостности полости глазницы, утраченной в результате перенесенной операции, и нормализация функции опорно-мышечных структур.

Результаты. Сроки наблюдения за больными составляют от 5 до 36 мес. Разработанная методика интраоперационной ФДТ у пациентов с местно-распространенными опухолями полости носа и придаточных пазух позволило повысить показатели 3-летней безрецидивной выживаемости с 50% в контрольной группе, до 74% (Log rank $p=0,069$) в группе исследования. Показатели общей выживаемости составили 31% в группе контроля, 70% в исследуемой группе (Log rank $p=0,035$). Использование нового подхода к эндонотезированию стенки орбиты позволило сохранить естественное положение и функцию глазного яблока у всех пациентов, а также способствовало сохранению физиологического положения мягких тканей средней зоны лица. Особенности конструкции имплантата на основе поверхностно-пористой проволоки и ткани из никелида титана позволили сократить время эндонотезирования до 5–10 минут, что привело к уменьшению длительности всего оперативного вмешательства. При наблюдении за течением процессов заживления в области раневой поверхности отмечено сокращение последних до 30–40 суток, что вдвое меньше, чем при использовании известных пористых имплантатов.

Заключение. Таким образом, комплексный подход к лечению пациентов с местно-распространенными опухолями полости носа и придаточных пазух с использованием ФДТ и имплантатов

из никелида титана позволяет повысить непосредственные и отдаленные результаты лечения, а также добиться удовлетворительных результатов реабилитации. Кроме того, дает возможность снизить отрицательное влияние на психическое состояние и качество жизни пациентов тяжелого оперативного вмешательства в целом.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Поляков А.П., Маторин О.В., Ратушный М.В., Зенкина Е.В., Мордовский А.В., Ребрикова И.В., Никифорович П.В.
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель. Выбор тактики лечения у больных меланомой кожи головы и шеи (МК ГШ) путем оптимизации объема шейной лимфодиссекции.

Задачи: 1. Изучить состояние проблемы шейных лимфодиссекции при МК ГШ в мире. 2. Оценить собственные результаты.

Материал и методы. Оценка результатов исследования MSLT-I и результаты хирургического лечения пациентов с МК ГШ в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена.

Результаты. В настоящее время существует множество разногласий по поводу диссекции регионарных лимфоузлов шеи, включая объем и характер лимфаденэктомии (ЛАЭ), расширение объема лимфодиссекций при локализации первичного очага в необычных местах. Результаты исследования MSLT-I свидетельствуют о том, что при широком иссечении опухоли с биопсией сторожевых лимфоузлов (СЛУ) в 16% случаев выявляется более 1 СЛУ. При невыполнении биопсии СЛУ в 15,6% случаев наблюдается метастазирование в лимфоузлы шеи. Десятилетняя выживаемость при меланоме в группе с биопсией СЛУ и ЛАЭ составляет $71,3 \pm 1,8\%$ ($p=0,01$), а в группе без биопсии СЛУ – $64,7 \pm 2,3\%$ ($p=0,01$). Чувствительность метода – 99,4–96% для меланомы средней толщины; также наблюдается увеличение безрецидивной выживаемости в группе с СЛУ+ЛАЭ по сравнению с группой наблюдения. Было показано, что нет значительной разницы в общей выживаемости между тремя различными видами лимфодиссекций при N+, но есть различия в частоте рецидивов: 11% – для радикальной лимфодиссекции (RND), 24% – для модифицированной радикальной лимфодиссекции тип III (MRND), 23% – для селективной (SND). Нет существенной разницы в 5-летней выживаемости между группами пациентов с разными типами лимфодиссекции (56% – при радикальной ЛАЭ, 61% – при модифицированной ЛАЭ и 48% – при селективной ЛАЭ; $p=0,613$). Исследование показывает, что выживаемость пациентов выше при выполнении лимфаденэктомии после выявления позитивного СЛУ. По нашим данным, полученным при лечении пациентов с МК ГШ в отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена, выполнение расширенной ЛАЭ показано у пациентов с локализацией меланомы в задне-верхних отделах волосистой части головы с N+. При исследовании СЛУ у больных МК ГШ в одном случае из 4 была выполнена лимфодиссекция на основании ложноположительного результата цитологического исследования пунктата СЛУ.

Выводы. У 15–20% пациентов с первичной меланомой кожи развиваются метастазы в регионарные лимфоузлы, наличие которых предвещает значительно худший прогноз. Исходя из мировых данных, наличие положительного СЛУ является отрицательным прогностическим фактором у пациентов с МК ГШ. При N+ в настоящее время обсуждаются 2 стратегии (селективная ЛАЭ vs радикальная ЛАЭ). При селективной ЛАЭ частота рецидивов выше, чем при радикальной ЛАЭ, но на показатели общей выживаемости выбор ЛАЭ не влияет. Согласно мнению нашего отделения, выполнять расширение объема целесообразно при МК ГШ N+ для первичного поражения кожи задневерхних отделов кожи волосистой части головы.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ С ШЕЙНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иванова Н.В., Шишков Р.В., Поляков В.Г.
НИИ детской онкологии и гематологии, Москва, Россия
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» МЗ РФ, Москва

Цель. Установить частоту возникновения послеоперационных осложнений у детей после тиреоидэктомии (ТЭ) с шейной лимфодиссекцией.

Материал и методы. За период с 2005 по 2017 г. было выполнено 90 ТЭ с шейной лимфодиссекцией у детей в возрасте от 5 до 18 лет. Средний возраст пациентов составил 13 лет. Соотношение мальчиков к девочкам – 1:2,5. По классификации TNM стадии опухолевого процесса разделились следующим образом: T₁N₁aM₀ – 15; T₂N₀₋₁aM₀ – 40; T₃N₀₋₁aM₀ – 17; T₄N₁bM₀₋₁ – 18.

ТЭ+ЦЛ (центральная лимфодиссекция) выполнена у – 47 пациентов (стадии: T₁N₁aM₀ – 15; T₂N₀₋₁aM₀ – 28; T₃N₀M₀ – 4);

ТЭ+ЦЛ+ фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи на стороне поражения (ФФИ1) – у 24 больных (стадии: T₂N₁aM₀ – 15; T₃N₁aM₀ – 5; T₄N₁aM₀ – 4, ТЭ+ЦЛ+ФФИ2 (с двух сторон) – у 19 (стадии: T₃ N₀₋₁aM₀ – 1; T₄N₁bM₀ – 18). Гистопатологические варианты: в 87 случаях папиллярный и в 3 фолликулярный рак.

Результаты. Послеоперационное осложнение – отек гортани, развилось у 1 пациента (1,1%) после ТЭ+ЦЛ+ФФИ2, стадия T₄N₁bM₀.

Парез гортани односторонний зафиксирован у 4 (4,4%) пациентов после ТЭ+ЦЛ+ФФИ2 (стадии: T₄N₁aM₀ – 1; T₄N₁bM₀ – 1; T₃N₁bM₀ – 1, T₂N₁aM₀ – 1). Односторонний паралич гортани выявлен у 1 (1,1%) пациента (стадия T₄N₁bM₁, вовлечение в процесс и пересечение возвратного нерва) после выполнения ТЭ+ЦЛ+ФФИ2. Транзиторный гипопаратиреоз выявлен у 28 (31,1%) пациентов в раннем послеоперационном периоде (стадии: T₂N₁aM₀ – 13; T₃N₁bM₁ – 4; T₄N₁aM₀ – 5; T₄N₁bM₀ – 6). Объем операции: ТЭ+ЦЛ+ФФИ1 – в 10 случаях, ТЭ+ЦЛ+ФФИ2 – в 8-и случаях, ТЭ+ЦЛ – у 10 больных. Хронический гипопаратиреоз развился у 2 (2,2%) пациентов после операций в объеме: ТЭ+ЦЛ+ФФИ2, в обоих случаях стадия T₄N₁bM₁.

Выводы. Не отмечено послеоперационных осложнений у пациентов без метастазов в лимфоузлах шеи со стадиями T₂-T₃N₀M₀ при выполнении ЦЛ. Преходящие послеоперационные осложнения зарегистрированы у пациентов с метастазами в лимфатических узлах шеи. Стойкие послеоперационные осложнения возникли у 5 пациентов: 2 (2,2%) из них с хронической паратиреоидной недостаточностью, 1 (1,1%) пациент с

параличом возвратного нерва гортани и 2 (2,2%) пациента со стойким односторонним парезом гортани. Транзиторная паратиреоидная недостаточность отмечалась у 28 (31,1%) пациентов, развивалась в раннем послеоперационном периоде и купировалась после приема препаратов кальция в течение 1–2 недель.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БИФЕНОТИПНАЯ СИНОАЗАЛЬНАЯ САРКОМА И КРР

Решетов И.В., Быков И.И., Шевалгин А.А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Клинический случай описывает комбинацию двух синхронных опухолевых процессов различной анатомической локализации, аналога которому мы не нашли ни в русской литературе, ни в иностранных источниках.

Материал и методы. Одна операционная бригада через коронарный доступ удалила опухоль полости носа с резекцией правой верхнечелюстной пазухи, решетчатой кости. С использованием микрохирургической техники было осуществлено восстановление пересеченных нервов. Второй хирургической бригадой осуществлена лапаротомия, резекция сигмовидной кишки и лимфаденэктомия.

Результаты. На основе гистологического исследования определение гистогенеза рака толстой кишки не вызвало трудности. Определение же гистогенеза опухоли полости носа с инвазией в верхнечелюстную пазуху и решетчатую кость вызвало определенные затруднения. Дифференциальный диагноз проводили с лейомиосаркомой, фибросаркомой, злокачественной опухолью периферических нервов, шванномой, орофасциальным фасциитом, солитарным фиброзом и непигментной меланомой, что потребовало дополнительных иммуногистохимических исследований. В итоге был установлен диагноз – бифенотипная синоазальная саркома.

Заключения. Выбранная тактика позволили одновременно удалить обе опухоли и перейти к дальнейшим этапам лечения пациентки.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ТРАХЕИ

Мирзоян О.С., Гельмутдинова Э.Р., Ипполитов Л.И., Паршин В.Д.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава РФ, Москва, Россия
Факультетская хирургическая академия им. Н.Н. Бурденко,
Москва, Россия

Введение. В хирургии щитовидной железы (ЩЖ) наиболее тяжелую группу составляют пациенты, у которых вследствие массивного увеличения железы и/или распространенной формы заболевания развился компрессионный синдром. Вовлечение в патологический процесс трахеи в ряде случаев диктует необходимость выполнения одномоментных резекционных операций.

Цель. Показать возможность радикального лечения больных заболеваниями ЩЖ с вовлечением трахеи.

Материал и методы. С 2013 г. по настоящее время были оперированы 10 пациентов с местно-распространенными заболеваниями ЩЖ с вовлечением трахеи. Среди них было 7 женщин, 3

мужчины. Возраст варьировался от 50 до 66 лет. У 5 пациентов диагностирован папиллярный рак (ПР), у остальных – многоузловой коллоидный зоб (МКЗ). У 4 пациентов с ПР диагностировано прорастание опухоли в трахею. У 1 пациентки ПР сочетался с идиопатическим стенозом подскладочного отдела гортани и шейного отдела трахеи. У 4 пациентов диагностировали МКЗ с компрессией и смещением трахеи. У 2 из них диагностирован загрудный рост. У 1 пациентки при пункции получена картина фолликулярной опухоли на фоне МКЗ (Bethesda 5) с признаками возможной инвазии в переднюю и левую переднебоковую стенку трахеи.

Методы. У 5 пациентов с ПР выполнена тиреоидэктомия с регионарной лимфодиссекцией. Из них у 2 произведена одномоментная циркулярная резекция трахеи с анастомозом в конце. У 1 пациентки выполнена трахеостомия, у 2 – резекция пораженных стенок трахеи с формированием ларинготрахеостомы, с введением Т-образной трубки. У 1 пациентки с МКЗ с загрудным распространением в связи с длительной компрессией трахеи диагностирована трахеомалация. Выполнена стернотомия, тиреоидэктомия, циркулярная резекция трахеи. У остальных при предоперационной фибротреахеоскопии отмечалось резкое сужение просвета трахеи без определения хрящевых полуколец в зоне сдавления. При интраоперационной фибротреахеоскопии после тиреоидэктомии тенденции к сужению просвета трахеи не отмечалось. Оперативного вмешательства на трахее не потребовалось.

Результаты. Всем пациентам с ПР проводилось комбинированное лечение I³¹. У 1 пациента диагностированы метастазы рака в шейные лимфоузлы через 6 месяцев. Выполнена расширенная шейная лимфаденэктомия с последующим повторным курсом радиойодтерапии. У 3 пациентов с ларинготрахеостомой признаков рецидива ПР не отмечено и через 6 мес. выполнены этапные реконструктивно-пластические операции (ЭРПО) с использованием фрагментов реберных аутохрящей, в результате чего у 2 удалось устранить обширный дефект трахеи, у 1 продолжается ЭРПО.

Выводы. При местно-распространенных формах заболеваний ЩЖ с вовлечением трахеи при невозможности одномоментной циркулярной резекции оправдано выполнение резекций пораженных стенок с дальнейшими ЭРПО, которые позволяют устранить обширные дефекты трахеи и достичь удовлетворительного качества жизни пациентов.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Поляков А.П., Никифорович П.А., Болотина Л.В., Корниецкая А.Л.
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИИ центр радиологии»
Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Отдаленные метастазы рака щитовидной железы (РЩЖ) выявляются менее чем в 10%. Метастазирование в кости скелета встречается в 23% случаев. Бисфосфонаты представляют собой класс лекарственных препаратов, являющихся перспективными в лечение костных метастазов.

Цель: снижение интенсивности болевого синдрома с помощью оптимизации сопроводительной терапии при комплексной и комбинированной терапии у пациентов с костными метастазами РЩЖ.

Материал и методы. С 2016 по 2017 г. было проведено исследование, включившее в себя 11 пациентов с костными метастазами РЩЖ (различной локализации): 7 пациентов с Т3N1bM1, 3 пациента с Т3N1aM1, 1 пациент с Т2N1bM. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по 5-балльной вербальной шкале оценки боли. Всем пациентам проводился единый алгоритм лечения: 1) введение золедроновой кислоты в предоперационном периоде; 2) хирургическое лечение, включающие в себя удаление ЩЖ, регионарных метастазов и костных метастазов, которые возможно удалить, с повторным введением каждые 4 недели; 3) последующее введение золедроновой кислоты каждые 4 недели до проведения терапии радиоактивным йодом 131 и после нее. В среднем было проведено 5 сеансов.

Результаты. У 10 пациентов отмечали уровень болевого синдрома, равный 3, у 1 пациента – 4, 9 пациентов отметили снижение интенсивности болевого синдрома с 3 до 1,5 балла уже после 3 сеансов (до начала проведения радиойодтерапии и применения НПВС и других обезболивающих препаратов). У 1 пациента болевой синдром оставался на прежнем уровне. У 1 пациента отмечалась отрицательная динамика в виде нарастания болей в костях. Также при оценке качества жизни больных была отмечена положительная динамика на фоне лечения в среднем по ESOQ с 2 до 1 балла.

Заключение: Включение золедроновой кислоты в комплексное лечение пациентов с костными метастазами РЩЖ на предоперационном этапе и до начала проведения терапии радиоактивным йодом 131 способствует снижению интенсивности болевого синдрома и репарации костной ткани. Является компонентом комплексного подхода при лечении костных метастазов РЩЖ.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МОСКВЕ

Сергеев С.А.

Московская городская онкологическая больница №62, Красногорский район, Московская область, Россия

На основании анализа данных более 2 тыс. больных, оперированных в отделении опухолей головы и шеи МГОБ 62 со сроками наблюдения не менее 5–10 лет и наблюдаемых в кабинетах опухолей головы и шеи поликлиники МГОБ 62 после различных видов лечения в других стационарах, выделены следующие типы ошибок в лечебной тактике:

1. Согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы №1087 от 18.12.15, лечение больных злокачественными опухолями щитовидной железы должно осуществляться в специализированных онкологических учреждениях. Большинство пациентов из СЗАО и САО с установленным диагнозом рак щитовидной железы без веских оснований оперируются в эндокринологических и хирургических отделениях. Часто не соблюдаются регламентированные приказом сроки от установления диагноза до начала лечения.
2. Многим больным пожилого возраста необоснованно отказывают в специальном лечении, даже не направляя их в онкологические учреждения.
3. Перед операцией не выполняется комплекс обследований, обязательных при подозрении на данное заболевание: рентгенография или КТ органов грудной клетки, УЗИ регионарных зон шеи и органов брюшной полости, анализ крови на кальцитонин.

4. Операция почти всем пациентам с узлами в щитовидной железе выполняется без учета вероятности злокачественного роста по «Общоевропейскому стандарту для злокачественных опухолей щитовидной железы». Большому числу молодых людей произведено удаление всей щитовидной железы и околотрахеальной клетчатки без достаточных медицинских оснований (отсутствии доказательной дооперационной и интраоперационной верификации диагноза).
5. Перед лечением и в выписных документах неправильно определяется стадия заболевания (ТхNxMх).
6. Отсутствуют обязательные консилиумы, и больные направляются на лучевой этап лечения без пересмотра гистологических препаратов в онкологических учреждениях. В некоторых лучевых отделениях лечение выполняется также без пересмотра гистологических препаратов.
7. Необоснованное повторное применение курсов лечения радиоактивным йодом и особенно т.н. диагностических исследований с отменой приема тиреоидных препаратов.
8. Редко применяются проверенные временем методики операционной профилактики таких осложнений, как повреждение возвратного нерва и удаление околощитовидных желез. При резекции возвратного нерва не проводится гистологическое подтверждение его опухолевой инфильтрации.
9. Не выполняется обязательный комплекс послеоперационного обследования, что приводит к выписке с неустановленными осложнениями. При этом игнорируются осложнения даже угрожающие здоровью и жизни пациентов
10. Больные и обязательная документация не направляются в городские онкологические службы для постановки на учет и регулярного наблюдения с обследованием и лечением частых осложнений.
11. Имеют место спорные утверждения в средствах массовой информации о папиллярном раке щитовидной железы.

ЭТЮДЫ ОБ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ОТДЕЛЕНИЙ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В НАШЕЙ СТРАНЕ

Сергеев С.А., Решетов И.В., Сергеев С.С.

*Московская городская онкологическая больница №62, Красногорский район, Московская область, Россия
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава РФ, Москва, Россия*

Ежегодно от злокачественных новообразований органов головы и шеи умирают более 270 тыс. человек. Учитывая сложности ранней диагностики и особенности лечения распространенного рака этих локализаций, еще в середине прошлого века была создана специализированная служба. При этом пути ее формирования были разными. Первое отделение опухолей головы и шеи было открыто президентом академии медицинских наук Н.Н. Блохиным в 1965 г. в созданном им Всесоюзном онкологическом центре. Возглавил его и длительно руководил, обеспечивая обучение специалистов, проф. А.И. Пачес. С учетом высокой востребованности затем было открыто второе отделение опухолей головы и шеи, которое возглавил член-корр. АМН СССР Г.В. Фалилеев. Другой путь развития данной службы имел место в МНИОИ им. П.А. Герцена. Первое отделение ЛОР-онкологии было открыто проф. И.Я. Сендульским в 1943 г. Постепенная реорганизация его в отделение опухолей головы и шеи была завершена в 1973 г. под руководством проф. В.П. Демидова,

роль которого в создании службы опухолей головы и шеи в нашей стране, с нашей точки зрения, не достаточно освещена. Будучи одновременно главным онкологом Минздрава СССР, Вадим Павлович явился одним из основных инициаторов принятия приказа №425 от 29 апреля 1976 г., на основании которого было построено много крупных онкологических диспансеров, в их структуре было предусмотрено отделение опухолей головы и шеи, обеспечена подготовка необходимых кадров в ВОНЦ и МНИОИ им. П.А. Герцена, открыт конструктивный диалог и обмен опытом с основными Эндокринологическими центрами СССР. Это позволило обосновать и объективно доказать возможность органосохранного лечения своевременно выявленного рака щитовидной железы. В дальнейшем тенденция к разработке органосохранных операций при других локализациях опухолей головы и шеи была продолжена проф. В.О. Ольшанским, много лет возглавлявшим данное отделение в МНИОИ им. П.А. Герцена. Под руководством академика В.И. Чиссова было проведено многопрофильное исследование по органосохранному и функционально щадящему лечению злокачественных опухолей разных локализаций, удостоенное Государственной премии СССР. Продолжена подготовка высококвалифицированных кадров и создание новых отделений в Москве. На базе Московского онкологического диспансера 07.11.1981 было открыто отделение опухолей головы и шеи. В 1979 г. ЛОР-отделение МГОБ №62 было фактически реорганизовано в отделение опухолей головы и шеи. С целью усовершенствования службы были созданы возможности широкого использования в работе данных отделений современных методов восстановления органов с применением микрохирургии и эндоскопии. В МНИОИ им. П.А.Герцена под руководством проф. И.В. Решетова было создано отделение микрохирургии опухолей головы и шеи. На базе МГОБ №62 создан комплекс по поэтапному обеспечению бесплатной диагностики, лечения и организации постоянного динамического наблюдения для жителей Северного и Северо-Западного округов Москвы (более 2,5 млн населения).

КЛЕТКИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В РЕГУЛЯЦИИ КЛЕТОЧНЫХ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ

Куликова Т.Г.¹, Степанова О.В.¹, Валихов М.П.¹, Воронова А.Д.¹, Сироткин В.Н.¹, Терещенко С.Н.¹, Самко А.Н.¹, Масенко В.П.¹, Решетов И.В.²

¹ФГБУ НМИЦ кардиологии, Москва, Россия

²Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава РФ, Москва, Россия

Одной из главных причин возникновения и прогрессирования многих заболеваний является гибель специализированных клеток. К таким заболеваниям относятся сердечная недостаточность (СН) и дилатационная кардиомиопатия (ДКМП), для которых характерна гибель большого количества основных функциональных клеток сердца – кардиомиоцитов. Регенеративные процессы, происходящие в сердце после его повреждения, не приводят к полному восстановлению числа погибших кардиомиоцитов. Современная лекарственная терапия способна лишь замедлить прогрессирование болезни. Открытие в последние годы резидентных прогениторных кардиомиоцитов, способных быть источником новых кардиомиоцитов, дает возможность активации процессов регенерации для репарации миокарда. Образование новых кардиомиоцитов может быть как результа-

том кардиомиоцитарной дифференцировки прогениторных кардиомиоцитов, так и дедифференцировкой уже существующих кардиомиоцитов, пролиферацией и последующей редифференцировкой. Дедифференцированные и прогениторные кардиомиоциты экспрессируют маркеры ранней кардиомиоцитарной дифференцировки и маркеры стволовых клеток. Было показано, что дедифференцировку кардиомиоцитов в культуре регулирует онкостатин М – член семейства цитокинов интерлейкина-6, секретируемый клетками иммунной системы Т-лимфоцитами. Мы предполагаем, что Т-лимфоциты, инфильтрирующие сердце при заболевании, играют важную регуляторную роль в дедифференцировке кардиомиоцитов, и, следовательно, в активации регенеративных процессов.

Цель исследования. Оценить число Т-лимфоцитов, прогениторных кардиомиоцитов и дедифференцированных кардиомиоцитов в эндомикардиальных биопсиях (ЭМБ) пациентов с ДКМП и СН.

Материал и методы. ЭМБ получены от пациентов с ДКМП и СН. Для выявления маркеров использованы иммуногистохимические методы. Число Т-лимфоцитов, экспрессирующих маркеры CD4 и CD8, прогениторных и дедифференцированных кардиомиоцитов, экспрессирующих маркеры стволовых клеток c-kit и MDR1, и маркеры ранней кардиомиоцитарной дифференцировки GATA-4 и Nkx2,5 определены в одних и тех же образцах.

Результаты. В нашем исследовании проанализированы 14 образцов ЭМБ пациентов с ДКМП и СН. Число CD4 позитивных лимфоцитов составило 48 ± 8 клеток на мм^2 , число CD8 позитивных лимфоцитов – 26 ± 4 на мм^2 , число прогениторных и дедифференцированных кардиомиоцитов, экспрессирующих c-kit и MDR1 и GATA-4 и Nkx2,5 – 8 ± 1 на мм^2 в тех же образцах.

Выводы. Результаты нашего исследования демонстрируют наличие повышенного числа клеток иммунной системы в ЭМБ пациентов с ДКМП и СН, в тех же образцах была обнаружены прогениторные кардиомиоциты и дедифференцированные кардиомиоциты. Точные механизмы дедифференцировки кардиомиоцитов остаются неизвестными, но наши результаты и данные о том, что цитокины, секретируемые Т-лимфоцитами, регулируют дедифференцировку в клеточной культуре, показывают, что клетки иммунной системы играют важную регуляторную роль в кардиальных регенеративных процессах. Дедифференцировка клеток, пролиферация и последующая редифференцировка являются ключевыми этапами не только кардиальных, но и других клеточных регенеративных процессов, способствующих регенерации и репарации тканей и органов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Терентьева З.В., Широко О.И., Чалыев И.В.

Отделение челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС(Я) Республиканская больница №2 – «Центр экстренной медицинской помощи» г. Якутска, Россия

Введение. В настоящее время опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО) встречаются часто и составляют от 10 до 15% опухолей всех локализаций и до 25% всех стоматологических заболеваний. Около 40% пациентов со злокачественными новообразованиями получают специализированную помощь в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля.

Цель. Изучить структуру онкологических заболеваний ЧЛО среди пациентов, находившихся на стационарном лечении.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов с опухолями головы и шеи, находившихся на стационарном лечении в условиях отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС(Я) РБ№2 –ЦЭМП г. Якутска. Были обработаны данные с 2015 по 2017 г., и выделены пациенты, которым была оказана специализированная онкологическая помощь. При этом не учитывались случаи первичной верификации злокачественной опухоли.

Результаты. За весь исследуемый период на стационарном лечении находились 105 (2,44%) пациентов со злокачественными заболеваниями головы и шеи: в 2015 г. – 27, в 2016 г. – 26, а в 2017 г. – 52 пациента соответственно. За последний год отмечается увеличение числа пациентов с онкологическими заболеваниями ЧЛО в 2 раза. При этом в структуре заболеваний по локализации чаще встречались злокачественные новообразования дна полости рта и языка, а по морфологической характеристике – плоскоклеточный рак. Также отмечается рост числа прооперированных больных доброкачественными опухолями ЧЛО с 155 (2015) до 226 случаев (2017), среди которых чаще встречались пациенты с новообразованиями кожи и подкожной жировой клетчатки и больших слюнных желез.

Выводы. Отмечается тенденция к росту числа пациентов со злокачественными заболеваниями, которые получают специализированную помощь в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля.

БРАХИТЕРАПИЯ, КАК ОДИН ИЗ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Полькин В.В., Севрюков Ф.Е., Медведев В.С., Семин Д.Ю., Исаев П.А., Дербугов Д.Н., Васильков С.В., Панасейкин Ю.А., Моураова Д.Т. МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава РФ, Обнинск, Россия

Введение. Среди вариантов лучевой терапии (ЛТ) злокачественных опухолей полости рта необходимо отметить метод брахитерапии (БТ), позволяющий создавать оптимальные дозы облучения в очаге опухоли, необходимые для ее разрушения, без тяжелых лучевых реакций в окружающих неизменных тканях. Новым этапом в развитии БТ является использование калифорния-252.

Цель: улучшение результатов лечения больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки орофарингеальной области.

Материал и методы. С помощью нейтронных источников калифорния-252 (²⁵²Cf) в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ проведено лечение 586 пациентов с плоскоклеточным раком орофарингеальной области. У 471 (80,4%) больных опухоли были первичными, у 115 (19,6%) – рецидивными или остаточными после других методов лечения. Новообразования поражали язык – 231 (39,4%), дно полости рта – 169 (28,8%), губу – 138 (23,6%), реже ткани ротоглотки – 30 (5,1%) и щеки – 18 (3,1%). Первичные опухоли, соответствующие символу Т1, наблюдались у 106 (18,1%) больных, Т2 – у 273 (46,6%), Т3 – у 55 (9,4%) и Т4а – у 37 (6,3%). Все пациенты были разделены на 7 групп. В I группе 82 (14%) больных первичными опухолями орофарингеальной области получили самостоятельный курс БТ. Во II группе 73 (12,5%) больным рецидивными и остаточными опухолями орофарингеальной области БТ про-

водилась в самостоятельном варианте. В III группе 119 (20,3%) больных первичными и рецидивными опухолями губ получили самостоятельный курс БТ. В IV группе 91 (15,5%) больному был проведен традиционный курс сочетанной ЛТ по методике «поздний имплантант»: на первом этапе дистанционная гамма-терапия, на втором – внутритканевая нейтронная терапия. В V группе 136 (32,6%) больным проводился нетрадиционный курс сочетанной ЛТ («ранний имплантант»), согласно которой, БТ проводилась на первом этапе лечения. В VI группе 45 больным самостоятельный курс БТ источниками калифорния-252 проведен в комбинации с одновременной полихимиотерапией (ПХТ), в VII группе 40 больным проводилась сочетанная ЛТ в комбинации с одновременной ПХТ. При самостоятельном варианте доза нейтронов составляла от 7 до 9 Гр, при сочетанном – от 3,5 до 5 Гр.

Результаты. Полная регрессия (ПР) опухоли отмечена у 486 (82,9%) больных, частичная регрессия – у 100 (17,1%) пациентов. ПР опухоли при Т1 – 90,6% (96 из 106), Т2 – 87,9% (240 из 273), Т3 – 76,4% (42 из 55), Т4 – 51,3% (19 из 37) и при рецидивных опухолях – 77,4% (89 из 115) больных. В I группе ПР отмечена у 73 (89,0%) больных, во II – у 44 (60,2%), в III – у 117 (98,3%), в IV – у 60 (65,9%), в V – у 111 (81,6%), в VI – у 45 (100%), в VII – у 36 (90,0%). Общая 5-летняя выживаемость составила 55,0±3,2%, 5-я выживаемость при Т1 – 73,0±6,1%, при Т2 – 60,4±3,6%, при Т3 – 46,5±9,8%, при Т4 – 43,4±16,1%. При рецидивных опухолях размером до 2 см в диаметре 5-летняя выживаемость составила 51,9±17,7%, а при новообразованиях более 2 см – 42,5±10,6%. Общая 5-летняя выживаемость в I группе составила 67,0±8,3%, во II – 35,6±10%, в III – 84,0±8,6%, в IV – 37,7±10,5%, в V – 47,7±8,2%, в VI – 86,1±3,1%, в VII – 84,1±3,5%.

Выводы. БТ источниками калифорния-252 в комбинации с ПХТ является эффективным методом лечения как в самостоятельном варианте лечения ограниченных по размеру первичных (Т1-Т2) опухолей орофарингеальной области, так и в случае сочетанной с ЛТ. БТ демонстрирует высокую эффективность при рецидивных (до 4 см) новообразованиях орофарингеальной области, что позволяет избежать калечащих и трудоемких хирургических вмешательств.

ИНДУКЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ КАК ЭТАП КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Быков И.И., Шевалгин А.А., Курочкина Ю.С.

Научно-образовательный клинический центр пластической хирургии, Онкологическое отделение опухолей головы и шеи, молочных желез, кожи и мягких тканей, УКБ №1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Роль индукционной химиотерапии (ХТ) в лечении резектабельных и местно-распространенных опухолей органов головы и шеи до сих пор не выяснена, хотя, наиболее эффективным режимом в настоящее время является тройная комбинация – доцетаксел, цисплатин, 5-фторурацил (ТРФ). Комбинированная терапия демонстрирует преимущества, такие как радиосенсибилизация и повышение коэффициента реагирования опухоли на лечение. Проведение ХТ до хирургического лечения стала особенно привлекательной стратегией, т.к. полная доза введения химиопрепаратов является более переносимой, когда

используется в качестве индукционного лечения, и благодаря этому имеется возможность выбрать для последующего лечения оперативное вмешательство.

Материал и методы. На первом этапе лечения пациенты получали индукционную ХТ доцетакселом 75 мг/м², цисплатином 75 мг/м², 5-фторурацилом 750 мг/м² – 96 часов инфузии (TRF) 3 курса с дальнейшим анализом эффективности лечения. Второй этап – хирургическое лечение. После проведения операции был оценен лечебный патоморфоз. В качестве консолидации позитивного эффекта от проведенной терапии проводилась адьювантная ХТ TRF 3 курса.

Результаты. На момент написания этого тезиса у нас было 46 пациентов. Частота лечебного патоморфоза 3–4-й степени в опухоли была очень высокой, что было подтверждено морфологически при оценке послеоперационного материала. В последующем эта группа пациентов наблюдалась в течение одного года. Согласно контрольному обследованию, прогрессирования заболевания не было отмечено. Пациенты успешно проходят ряд реконструктивных и ортопедических вмешательств

Выводы. Предварительные результаты указывают на перспективу комбинированного лечения индукционной ХТ с помощью схемы TRF, а на втором этапе – хирургического лечения. В рамках реализации программы персонализированной медицины мы разрабатываем панель молекулярных маркеров, которая будет тестироваться у пациентов с плоскоклеточной карциномой головы и шеи с целью оптимизации тактики лечения.

СТОМАТОЛОГИЯ

ЗНАЧЕНИЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Поляков К.А., Иванюшко Т.П., Аразашвили Л.Д.,
Медведев Ю.А., Кунижева М.А.
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава РФ, Москва, Россия
Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия*

Введение. К факторам риска развития остеонекрозов (ОН) относятся медикаментозные средства (бисфосфонаты, цитостатики, большие дозы некоторых гормонов), комбинированное лечение онкологических больных с применением лучевой терапии, наркотическая зависимость. Вторичное присоединение микрофлоры отрицательно влияет на процесс заживления костной раны. Недовлестворительная гигиена или санация полости рта, а также различные инвазивные вмешательства увеличивают риск инфицирования изначально асептических ОН костей лицевого скелета вследствие агрессивности анаэробных патогенов биопленки.

Целью исследования было определение содержания условно-патогенной микрофлоры полости рта при ОН челюстей различной этиологии.

Материал и методы. Оценку микрофлоры проводили у 15 больных ОН нижней челюсти, из них: 6 пациентов были с бисфосфонатным остеонекрозом (БОН), 4 – после лучевой терапии и 5 – с дезоморфиновой зависимостью. Была проведена количественная оценка содержания в образцах 12 групп факультативно- и облигатно-анаэробных микроорганизмов и

грибов *Candida spp.*, а также 5 пародонтопатогенов методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ). Показателем общей обсемененности исследуемого образца служила общая бактериальная масса (ОБМ). Были взяты образцы костной ткани и слюны.

Результаты. Показатель ОБМ в ротовой жидкости у больных ОН был выше на 1–3 порядка, чем у здоровых лиц. В костной ткани у больных ОН показатель ОБМ преобладал на 2–2,5 порядка выше, чем в ротовой жидкости. Различий между показателями ОБМ у больных разных этиологических групп не выявлено. Выявлены показатели состава аэробно-анаэробной микрофлоры у больных ОН (Lg ГЭ/образец) в разных тканях. Состав микрофлоры в ротовой жидкости у данных больных резко отличался от такового у здоровых лиц. У больных ОН в ротовой жидкости отмечен высокий показатель анаэробных патогенов, превышающий таковой у здоровых лиц на 1–3 порядка. В костной ткани содержание всех анаэробных микроорганизмов было выше, чем в ротовой жидкости на 2–4 порядка. При этом аэробные микроорганизмы в этих средах отсутствовали. У больных ОН на фоне частого применения антибиотиков в костной ткани и ротовой жидкости отмечено высокое содержание грибов *Candida spp.*

Выводы. У больных ОН нижней челюсти различного происхождения выявлен высокий уровень анаэробных патогенов в ротовой жидкости и костной ткани. Костная ткань в наибольшей степени подвержена воздействию сообщества микроорганизмов. У разных этиологических групп больных не выявлено различий между показателями ОБМ. Курсы подобранной антибиотикотерапии свидетельствуют о положительной динамике. Хирургическое лечение остается единственно эффективным методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗОНАНСНО-ЧАСТОТНОГО АНАЛИЗА СТАБИЛЬНОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕВАКУЛЯРИЗОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

*Брайловская Т.В., Вербо Е.В., Дениев А.М., Калинин Р.В.,
Тангиева З.А., Хамраева Н.Т.
ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава РФ, Москва, Россия*

Устранение дефектов зубных рядов при использовании ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты у пациентов после проведения костнопластических операций с применением ревакуляризованных аутоотрансплантатов позволяет преодолеть существенные ограничения и трудности ортопедической реабилитации данной категории пациентов.

Цель. Оценка стабильности дентальных имплантатов у пациентов после проведения костнопластических операций с применением ревакуляризованного малоберцового лоскута при реконструктивных операциях на челюстях и последующей дентальной имплантации.

Материал и методы. В ходе исследования выполнена оценка стабильности дентальных имплантатов методом резонансно-частотного анализа с использованием прибора Osstell-mentor у 30 пациентов, перенесших реконструктивные костнопластические операции в челюстно-лицевой области с применением ревакуляризованных малоберцовых лоскутов. Оценка стабильности имплантатов с помощью прибора Osstell-mentor основана на регистрации резонансных электромагнитных колебаний

имплантата. Результаты отображаются на дисплее аппарата в виде значения ISQ (Implant Stability Quotient – коэффициент стабильности имплантата) – в диапазоне от 1 до 100 единиц (чем выше значение, тем больше стабильность фиксации).

Определение стабильности имплантатов проведено у пациентов при установке имплантатов: на первом и втором этапах имплантации, после периода остеоинтеграции на момент установки формирователей.

Результаты. В результате проведенного анализа выявлено соответствие клинического состояния и показателей RFA-стабильности внутрикостных дентальных имплантатов, установлены средние значения показателя ISQ при различных клинических условиях установки внутрикостных имплантатов. Все имплантаты остеоинтегрированы. На первом этапе дентальной имплантации значения показателя ISQ находились в интервале от $78,2 \pm 0,3$ до $80,2 \pm 0,1$ ед. вне зависимости от зоны проведения реконструктивно-восстановительной операции (верхняя или нижняя челюсть). Наименьшее значение – 63 ед., наибольшее – 88 ед. Через 6 месяцев после установки дентальных имплантатов значения показателя стабильности уменьшились в среднем на 3–4 ед. соответственно и находились в интервале от $75,2 \pm 0,2$ до $76,6 \pm 0,1$ ед. Наименьшее значение – 67 ед., наибольшее – 83 ед.

Выводы. Полученная на первом этапе дентальной имплантации средняя величина показателя ISQ свидетельствует о высокой первичной стабильности дентальных имплантатов и возможности непосредственной установки ортопедических конструкций. Полученные через 6 месяцев после дентальной имплантации данные RFA-анализа позволяют сделать вывод о развитии полноценной остеоинтеграции на втором этапе дентальной имплантации у пациентов с предварительным выполнением костнопластических операций с применением реваскуляризованных аутоотрансплантатов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПОМОЩЬЮ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА

*Тарасенко С.В., Морозова Е.А., Журавлев А.Н.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский
Университет) Минздрава РФ, Москва, Россия*

Введение. При лечении стоматологических заболеваний хирургический этап имеет большое значение. Снижению риска возникновения послеоперационных осложнений и улучшения интраоперационных условий может способствовать применение лазерных технологий, обуславливающих меньшую операционную травму, селективность воздействия, активацию репаративных процессов.

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями путем применения диодного лазера.

Материал и методы. В ходе хирургического этапа лечения с использованием диодного лазера была оказана помощь 114 пациентам с различными стоматологическими заболеваниями: новообразованиями слизистой оболочки полости рта, перикоронитом, гипертрофией десны, укороченной уздечкой нижней губы, мелким преддверием рта. Хирургическое лечение проводилось традиционным методом и с помощью диодного лазера «PICASSO Lite» с длиной волны 810 нм мощностью от

0,6 до 1,0 Вт. Критериями оценки эффективности применения лазера являлись данные клинических методов исследования.

Результаты. Лазерное излучение обладает обезболивающим действием, что позволяло использовать меньшее количество анестетика. При использовании режущего хирургического инструмента отмечали кровоточивость раневой поверхности, что затрудняло визуализацию операционного поля. При использовании лазерного излучения операции протекали бескровно с одномоментным формированием коагуляционной пленки. Это позволяло селективно воздействовать только на патологически измененные ткани и убирать их в полном объеме. В раннем послеоперационном периоде при использовании хирургического лазера были менее выражены послеоперационный отек и боль. Разница в сроках заживления операционной раны при использовании хирургического лазера по сравнению с традиционным составила $3 \pm 0,5$ суток у пациентов, раны которых были ушиты, в случае заживления раны под фибринозной пленкой и под йодоформным тампоном разница составила $7 \pm 0,5$ суток. Раневой дефект от лазерного излучения значительно быстрее проходил все стадии раневого процесса. Селективное удаление патологических тканей уменьшило травмирование слизистой оболочки полости рта, что привело к сокращению сроков лечения.

Выводы. Применение диодного лазера позволяет совершенствовать технику хирургического лечения пациентов и повышать эффективность лечения пациентов с заболеваниями полости рта.

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ ПАРОТИТ У ДЕТЕЙ - ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ НАСЛЕДУЕМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

*Клиновская А.С.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия*

Цель исследования. Изучение врожденной наследственной природы хронического неспецифического паренхиматозного паротита (ХНПП) у детей.

Задачи. 1. Проанализировать основные этапы диагностики ХНПП. 2. Провести дополнительное обследование (УЗИ, контрастную сиалографию) родителей детей с ХНПП. 3. Провести медико-генетическое консультирование родственников 1-й степени родства (родителей) пробандов (детей с хроническим паротитом). 4. Стандартизировать методику диагностики детей с ХНПП. 5. Выявить новые прогностические факторы риска, характерные для ХНПП у детей.

Материал и методы. За период с 2015 по 2018 г. на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии с/ф МГМСУ им. А.И. Евдокимова на обследовании и лечении находились 104 пациента (34 мальчика и 70 девочек); из них: 76 первичных пациентов и 28 повторных в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. На кафедре детской челюстно-лицевой хирургии впервые разработана медико-генетическая карта для консультирования семей, в которых дети страдают хроническим неспецифическим паротитом. После проведенного медико-генетического консультирования 104 семей были выделены следующие 3 типа наследования ХНПП: семейная форма, в которой выделяют моногенное наследование (аутосомно-доминантное и аутосомно-рецессивное), а также мультифакториальное наследование; и спорадическое наследование заболевания. К моногенному типу были отнесены 11

(10,57%) семей, к мультифакториальному наследованию – 64 (61,54%) семьи, а к спорадическому типу наследования отнесли 29 (27,88%) семей.

Всем пациентам и их родителям проводили сонографию. УЗИ выполняли на ультразвуковом сканере IU22 (Philips) с применением линейных датчиков с диапазоном частот 5–17 МГц по общепринятой методике. В процессе работы использовались В-режим и режимы цветового (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования по стандартным методикам. Во всех случаях у пациентов и их родителей были обнаружены изменения в околоушных слюнных железах (ОУСЖ).

В исследовании была включена контрольная группа пациентов, которую составили пациенты и их родители, обратившиеся в клинику детской челюстно-лицевой хирургии с другими заболеваниями челюстно-лицевой области.

Результаты. По результатам медико-генетического консультирования и эхографического обследования были выделены 3 группы пациентов и их родителей с характерным типом наследования и изменениями в ОУСЖ:

- 1) I группа – моногенный тип наследования (аутосомно-доминантное или аутосомно-рецессивное); на УЗИ дети и родители с ХНПП;
- 2) II группа – мультифакториальный тип наследования; дети с ХПП и родители с наличием кистозных полостей в ОУСЖ;
- 3) III группа – спорадическое наследование; дети с ХНПП и родители с диффузными изменениями ОУСЖ по типу сиалоаденозов.

В контрольной группе изменений в ОУСЖ у детей и их родителей не выявлено.

Выводы. Таким образом, после получения и анализа большого количества клинических, медико-генетических, эхографических данных у пациентов с ХНПП и членов их семей, а также данных контрольной группы (здоровые дети и их родители), мы впервые доказали, что ХНПП – генетически детерминированное и гетерогенное заболевание по этиологии, клиническому течению и патогенезу.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ БРЕМЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2003–2016 гг.

Юсупов Р.Н., Егорова А.Г., Орлов А.Е.

ГБУЗ Самарский областной онкологический диспансер, Самара, Россия

Рак слизистой полости рта является одной из распространенных злокачественных новообразований (ЗНО). В 2016г. в РФ было зарегистрировано 9253 ЗНО полости рта, в т.ч. 6427 (69,5%) у мужчин и 2826 (30,5%) у женщин. Эффективным методом борьбы с раком полости рта является первичная профилактика, позволяющая предотвратить до 1/3 заболеваний (А. Джамал, П. Винеис, Ф. Брей и др., 2014).

С целью научного обоснования мероприятий по первичной профилактике рака были изучены тенденции заболеваемости ЗНО полости рта в регионах Самарской области в период с 2003 по 2016 г. При этом был выполнен компонентный анализ динамики заболеваемости, в ходе которого изучена структура компонентов ее прироста, обусловленная либо изменением возрастной структуры населения, либо повышением риска заболеть (В.В. Дворин, Е.М. Аксель, 1987). В 2016 г. в Самарской области

было зарегистрировано 207 ЗНО полости рта, против 127 в 2003 г. Их удельный вес возрос с 1,1 до 1,3%. «Грубый» показатель заболеваемости увеличился с 3,9 до 6,5 на 100 тыс. населения, или в 2,3 раза, в т.ч. среди мужчин – с 5,8 до 8,8, или на 61,6%, а среди женщин – с 2,4 до 4,5, или на 71,8%. Абсолютный прирост заболеваемости составил 2,5 на 100 тыс. населения. При этом в структуре компонентов прироста доля воздействия факторов риска составила 71,8%, а доля, связанная с накоплением в популяции пожилых людей, только 18,9%. Достоверно выше среднеобластного значения ($84,3 \pm 6,0$; $p=0,95$, $t=2$) показатель прироста, связанный с воздействием факторов риска ЗНО полости рта, оказался в Борском (100%), Камышлинском (100%), Елховском (92,7%), Большеглушицком (92,5%), Хворостянском (91,0%), районах области, а также в городе Чапаевск (98,6%).

Выводы. Таким образом, прирост заболеваемости ЗНО полости рта в Самарской области связан с преимущественным воздействием факторов риска, борьба с которыми должна быть организована в первую очередь в 6 приоритетных регионах области. При этом на общегосударственном уровне должны проводиться мероприятия по ограничению табакокурения, употребления алкоголя и вакцинопрофилактика против вируса папилломы человека тип 16. Индивидуальными мерами профилактики должны стать эффективная санация и гигиена полости рта, а также своевременное лечение воспалительных и предраковых заболеваний полости рта.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ S-IgA В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОГО БАРЬЕРА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Сашкина Т.И.¹, Порядин Г.В.¹, Рунова Г.С.², Фасхутдинов Д.К.², Салдусова И.В.², Соколова С.И.², Зайченко О.В.², Агаев Р.Р.¹

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Мукозный барьер является важнейшей составляющей тканей слизистой оболочки ротовой полости. Нарушение его целостности способствует проникновению антигенов в ткани пародонта, далее в лимфатическую систему и периферическую кровь. Важнейшим компонентом слизистого барьера является S-IgA, который отличается от сывороточного наличием подкласса A2 иммуноглобулина и секреторного компонента. Это позволяет использовать определение компонентов мукозного барьера как инструмент, помогающий оценить его состоятельность и целостность в процессе проводимой терапии.

Цель настоящего исследования использовать уровень S-IgA в ротовой жидкости и сыворотке периферической крови для оценки состояния слизистого барьера тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП).

Материал и методы. Концентрацию S-IgA определяли у 44 пациентов с ХГП и 16 соматически здоровых добровольцах. Для оценки концентрации S-IgA использовали метод иммуноферментного анализа, чувствительность которого достаточна высока, чтобы определять S-IgA в сыворотке периферической крови. Пациентам проводилось стандартное лечение ХГП.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что S-IgA определяется в сыворотке периферической крови и рото-

вой жидкости здоровых и больных ХГП. В сыворотке здоровых добровольцев концентрация S-IgA была почти в два раза ниже, чем в сыворотке больных ХГП ($0,12 \pm 0,03$ и $0,22 \pm 0,06$ мкл/мл соответственно). После лечения у больных ХГП в ротовой жидкости концентрация S-IgA оказалась в три раза ниже, чем у здоровых добровольцев ($52,63 \pm 6,51$ и $146,2 \pm 26,6$ мкл/мл соответственно).

Интересно, что в результате стандартного лечения увеличилась концентрация S-IgA в сыворотке больных ХГП ($0,22 \pm 0,06$ и $0,33 \pm 0,1$ мкл/мл соответственно), что свидетельствует о том, что проницаемость мукозного барьера сохранилась высокой.

Выводы. Определение уровня S-IgA в сыворотке можно использовать как лабораторный инструмент, позволяющий оценить состояние слизистого барьера ротовой полости. Увеличение S-IgA в сыворотке больных ХГП после стандартной терапии свидетельствует о том, что восстановления слизистого барьера не произошло, а связано с увеличением S-IgA в ротовой жидкости, скорее всего, в результате уменьшения микробной нагрузки.

Наши исследования демонстрируют, что обострение ХГП сопровождается развитием дефицита адаптивного гуморального иммунитета. Увеличение уровня S-IgA после проведенного лечения, возможно, происходит в результате снижения микробной нагрузки на ткани пародонта, а не восстановления барьерных функций слизистой оболочки, поскольку в сыворотке периферической крови, так же как и в ротовой жидкости увеличивается концентрация S-IgA.

ОБЪЕМ КОСТНОГО ТРАНСПЛАНТАТА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

*Макеев А.В., Топольницкий О.З., Першина М.А., Федотов Р.Н.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия*

Актуальность. Расщелины губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба являются одними из самых распространенных пороков развития челюстно-лицевой области (ЧЛО), частота их встречаемости среди всех пороков развития ЧЛО составляет около 86,9%. Почти в каждом пятом случае данное заболевание является одной из составляющих синдрома комплекса. Поэтому реабилитация данной группы пациентов с участием челюстно-лицевого хирурга должна быть комплексной, последовательной, многопрофильной.

Нормализация жевательной функции посредством восстановления анатомических структур зубочелюстной системы является сложным и многоэтапным процессом. Этап костной пластики альвеолярного отростка остается наиболее дискуссионным с точки зрения выбора сроков проведения операции, выбора остеопластического материала, хирургической методики, а также метода оценки результатов проведенных операций. На данный момент «золотым стандартом» для проведения костной пластики расщелины альвеолярного отростка является возраст 9–11 лет

Цели и задачи. Сравнение эффективности проведения костной пластики альвеолярного отростка в разные возрастные периоды у пациентов с врожденной расщелинной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.

Материал и методы. На базе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова в отделении челюстно-лицевой хирургии (детское стоматологическое) Клинического центра челюстно-лицевой,

пластической хирургии и стоматологии с 2012 по 2017 г. наблюдались 40 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет, которым была проведена костная пластика расщелины альвеолярного отростка аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на 2 группы: первая группа – пациенты в возрасте от 4–6 лет, вторая группа – пациенты от 9–11 лет. В обеих группах применяли идентичную технику хирургического вмешательства с использованием губчатого вещества подвздошной кости.

Результаты. Для оценки объема костного трансплантата пациентам двух групп проводили мультиспиральную компьютерную томографию. По ее данным для описания объема остаточного трансплантата использовали шкалу Bergland. У пациентов в возрастной группе 4–6 лет объем остаточного трансплантата относился к II–III типам, тогда как у пациентов в возрасте 10–18 лет к III–II типам.

Вывод. 1. На основании результатов клинического исследования можно сделать вывод, что проведение костной пластики в возрасте 4–6 лет является эффективнее, однако нельзя исключать необходимости проведения костной пластики в более старшем возрасте. 2. Ранние сроки проведения костной пластики расщелины альвеолярного отростка позволяет стабилизировать прикус, обеспечить условия для прорезывания клыка и уменьшить степень вторичных деформаций ЧЛО.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМЫ 3-Й ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САГИТАЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Мусаева Э.М., Иванов С.Ю., Мураев А.А.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия*

Введение. Лечение пациентов со скелетными формами аномалий прикуса является актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии. Наиболее распространенным методом хирургического лечения является сагитальная плоскостная остеотомия нижней челюсти (НЧ) по Obwegeser-Dal Pont. Техника выполнения данной операции подразумевает проведение линии остеотомии в непосредственной близости к нижнечелюстному каналу, что обуславливает высокий риск различных повреждений нижнего альвеолярного нерва

Цель исследования. Разработка хирургического шаблона для проведения сагитальной остеотомии НЧ и профилактики травмы нижнего альвеолярного нерва.

Материал и методы. В рамках исследования прооперированы 14 пациентов с врожденными аномалиями развития челюстей в возрасте 18–30 лет. Планирование хирургического лечения начинали с оценки конфигурации лица, амплитуды открывания рта, смещения НЧ при открывании рта, наличия или отсутствия щелчков/хруста в височно-нижнечелюстном суставе; определения отклонения от центральной линии верхней, нижней челюстей, глубины резцового перекрытия, ширины сагитальной щели. Обязательным методом была клиническая фотография. Следующим обязательным этапом обследования являлась рентгенография, всем пациентам проводили конусно-лучевую компьютерную томографию (КТ) всей головы на трехмерном денальном компьютерном томографе. Далее в программном комплексе ViSurgery проводили анализ данных КТ. Определяли индивидуальное положение foramen mandibularis и foramen

mentalis, их положение относительно краев ветви и тела челюсти. Также измеряли толщину кортикального слоя НЧ над каналом нижнего альвеолярного нерва. Строили компьютерную 3D модель НЧ. На ее поверхности моделировали хирургический резекционный шаблон, который указывал на расположение foramen mandibulae, тем самым указывая на место проведения внутренней остеотомии ветви НЧ. Также в шаблоне предусмотрена линейная прорезь по передней поверхности ветви НЧ, которая определяла линию сагиттальной остеотомии. Передний край шаблона использовался для наружной вертикальной остеотомии и располагался, как правило, в области второго моляра. Шаблон моделировали с 2 сторон НЧ. Модели шаблонов и НЧ печатали на 3D принтере DesignerPro. Для печати применяли полиэластид стрэнг из полиэлактида (экологически чистый, не токсичный, высокая точность при печати).

Результаты. У 100% пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдалась незначительная потеря тактильной чувствительности в области подбородка и угла рта с двух сторон. Чувствительность восстанавливалась в полном объеме у 60% пациентов к 5–7-м суткам после оперативного вмешательства, в 25% случаев – к 14-м суткам и в 15% случаев – к 30-м суткам соответственно. Время восстановления чувствительности увеличивалось у пациентов с ретро/микронатией НЧ, что связано с растяжением ствола нерва, вследствие перемещения зубосо-держателя фрагмента челюсти.

Заключение. Предложенная конструкция резекционного хирургического шаблона позволяет снизить частоту повреждения ствола нижнего альвеолярного нерва и исключить его пересечение при проведении остеотомии.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

SECONDARY RHINOSEPTOPLASTY: COMPLICATIONS AND SOLUTIONS...

*Petrosyan K.A., Antonyan P.A., Katayan Sh.H.
Plastic Surgery Department of YSMU after M. Heratsi Medical center
"Nairi"
Yerevan, Republic of Armenia*

Operations on the nasal septum have become more common in plastic surgeon's practice. In addition to testimony aimed at restoring the physiological functions of the nose and paranasal sinuses, it is essential in ensuring orthoscopy during endonasal operations, which is now particularly relevant given the development of functional surgery of the respiratory tract. According to those indications, the procedure on the nasal septum must meet certain requirements, main of which is adequate correction of bone and cartilage and the subsequent central position in the nasal septum. Unfortunately these requirements are not always followed. There are also possible complications such as re-deformation of nasal septum, adhesions in the nasal cavity and nasal septum perforation. All these reduce its results of often require re-implementation. Therefore combination of procedures, such as correction of nasal septum and sinks, liquidation of synechia and deformation external nose, are allow to restoring architecture of the aerodynamics of the nasal cavity and at the same time relieve patients from symptoms of perforation. All patients with nasal septum perforation have been used mucoperihondry and mucoperiosty flaps, and in some patients additional mucoperisteam flap from nasal cavity.

With this method, on 125 patients is done re-surgery, which is 15,5%, from 2005 to 2013. Among those women predominated 69%, the average age was 36±7 years. More than half of those 78 (63%) achieved excellent and good functional results, 35 (29%) significantly reduced symptoms, about re-operated and those results are regarded as satisfactory. In 10 (8%) patients positive dynamics of the pathological process was not observed.

Thus, connecting with a multiple indications for surgery on the nasal septum at rhinoseptoplasty, characterized inadequate technical performance, the question of holding reoperation and improving the technique is very important.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА

*Мусатенко Л.Ю., Сайдулаева А.И.
ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского» Москва, Россия*

Введение. За последнее десятилетие существенно увеличилось число оториноларингологических больных сочетанными хирургическими заболеваниями, которым проводится более одной операции одновременно. Во многом это объясняется достижениями в области анестезиологии, совершенствованием технической оснащенности хирургических вмешательств, созданием мощных антибактериальных, биологически активных препаратов снижающих риск развития интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Материал и методы. С 2012 по 2018 г. в ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено обследование и лечение 35 пациентов, в возрасте от 20 до 59 лет с сочетанной патологией носа, включающей искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, синехии полости носа. У всех пациентов основной жалобой было выраженное затруднение носового дыхания в течение длительного времени (от 2 лет до 15 лет). В анамнезе имелись сведения о ранее перенесенных травмах носа, эндоназальных хирургических вмешательствах, направленных на восстановление основных функций носа. При обследовании у всех пациентов выявили искривление перегородки носа, характерные признаки вазомоторного ринита, синехии полости носа. У 27 больных синехии обнаружены в одной половине, у 8 – в обеих половинах носа. Их локализация, протяженность были переменными, толщина не превышала 3 мм. Хирургическое лечение сочетанной патологии носа у данного контингента больных проводили одновременно под эндотрахеальной анестезией. Септопластику выполняли, используя щадящие традиционные методики. Иссечение синехий полости носа, двухстороннюю вазотомию нижних носовых раковин проводили разработанными нами способами, основанными на использовании излучения импульсного твердотельного ИАГ-Но (гольмиевого) лазера, установки СТН-10 (длина волны 2,09 мкм). Они характеризуются простотой выполнения, отсутствием интраоперационных осложнений, гипореактивным течением послеоперационного периода, быстрым и качественным заживлением операционных ран. По окончании операции в обе половины носа устанавливали пальцевые тампоны сроком на 1 сутки, проводилась антибактериальная, симптоматическая, местная противовоспалительная терапия.

Результаты. Улучшение риноскопической картины, показателей носового дыхания и обоняния у пациентов отмечали уже на 2–3-и сутки после хирургического лечения. Восстановление

основных функций носа констатировали на 5–7-е сутки, риноскопической картины – к концу первого месяца. На протяжении контрольного периода, от 6 месяцев до 2 лет, положительный результат стойко удерживается у 30 (85,7%) лиц исследуемой группы. В 4 (11,4%) случаях имел место рецидив вазомоторного ринита, в 1 (2,9%) – синехий полости носа, вследствие чего данным пациентам потребовалось повторное лазерное хирургическое вмешательство.

Выводы. Таким образом, одномоментное хирургическое лечение сочетанной патологии носа с использованием излучения гольмиевого лазера характеризуется быстрым и стойким восстановлением функционального состояния носа пациентов, в подавляющем большинстве случаев позволяет значительно сократить сроки реабилитации больных.

ТРАНССЕПТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ФОРМИРОВАНИЯ ХОАН У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА (АТРЕЗИЯ ХОАН)

Сайдулаева А.И., Мусатенко Л.Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Введение. Этиология и патогенез атрезии хоан до настоящего времени остаются невыясненными, хотя общепризнан многофакторный характер врожденных аномалий челюстно-лицевой области, который определяется взаимодействием множества разнообразных этиологических причин: эндогенных и экзогенных. Вне зависимости от характера заболевания, происходит нарушение основных функций органа, таких как дыхательная, обонятельная, выделительная функции слизистой оболочки и транспортной активности мерцательного эпителия, дренажная и многие другие. Одной из главных проблем является то, что асфиксия и смерть новорожденных в первые часы и сутки после рождения во многих случаях вызывается недиагностированной полной двусторонней атрезией хоан. Исходя из вышеизложенного, следует, что проблема лечения пациентов с патологией полости носа, таких как врожденная атрезия хоан, остается актуальной. Перспективным и многообещающим подходом к ее решению является применение новой хирургической методики с транссептальным доступом. Способ заключается в том, что в ходе операции проводится мобилизация в нижней точке фиксации и редрессация задних отделов сошника, что увеличивает анатомический костный размер формируемой хоаны. Операцию заканчивают введением в просвет хоаностомы протектора-дилататора, моделируемого по длине и диаметру протектора-дилататора на 3–4 недели, что обеспечивает профилактику рецидива заболевания. В противоположную половину носа на двое суток вводят эластичный латексный тампон. В послеоперационном периоде ежедневно проводится туалет носовых ходов, а смена протекторов – каждые 7 дней.

Материал и методы. По вышеописанной методике прооперированы 30 детей с врожденной атрезией хоан в возрасте от 1 года до 15 лет, у 5 больных хирургическое вмешательство было повторным после операции, выполненной интраназальным доступом. Все атрезии были односторонними, полных атрезий было 16, неполных – 14. Девочек с атрезией хоан было 17, мальчиков – 13. Всем детям с диагностической целью производилось эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки с помощью жесткой оптики перед операцией и в разные сроки послеоперационного периода.

Результаты. На основании исследования установлено, что сформированная хоана полностью формируется не ранее чем через 3–4 недели после операции, выполненной предлагаемым методом. Таким образом, предлагаемый способ является щадящим по отношению к слизистой оболочке полости носа, снижает риск рецидивов атрезии хоан. Каких-либо осложнений в ходе операции и послеоперационном периоде у всех больных отмечено не было. Рецидивов заболевания при сроке наблюдения не менее 5 лет после операции также не отмечено, что дает основание рекомендовать метод для широкого практического использования при лечении атрезии хоан в детском возрасте.

Выводы. При своевременном проведении операции по формированию хоан в ранние сроки является одним из необходимых условий для правильного психофизического развития ребенка и профилактики сопутствующих и сочетанных заболеваний ЛОР-органов у детей.

ДИНАМИКА ВЕСТИБУЛООКУЛЯРНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОМ НЕЙРОНИТЕ

Кунельская Н.Л.^{1,2}, Байбакова Е.В.², Гусева А.Л.¹, Никиткина Я.Ю.², Чугунова М.А.², Манаенкова Е.А.²

¹Кафедра оториноларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, Москва, Россия

Введение. При вестибулярном нейроните (ВН) эффективным методом лечения является вестибулярная реабилитация, которая основана на адаптации вестибулоокулярного рефлекса (ВОР).

Цель исследования: изучение механизмов компенсации нарушения ВОР и эффективности вестибулярной реабилитации пациентов с ВН при помощи видеоимпульсного теста (vHIT) и теста динамической остроты зрения (ДОЗ).

Материал и методы. В исследование были включены 26 человек с односторонней вестибулярной гипофункцией после перенесенного ВН. Пациенты самостоятельно выполняли индивидуально составленный комплекс упражнений дома и 1 раз в неделю приходили на контрольный прием к специалисту-вестибулологу. Всем пациентам перед началом курса вестибулярной реабилитации и после его окончания проводились следующие исследования: 1) субъективная оценка выраженности головокружения при помощи шкалы оценки головокружения (DHI); 2) тест ДОЗ с использованием таблицы Сивцева; 3) vHIT с помощью системы EyeSeeCam («Interacoustics», Дания).

Результаты и обсуждение. После курса реабилитации все пациенты по результатам тестирования по шкале DHI были объединены в 3 группы. 1-ю группу составили 7 (27%) пациентов, у которых симптоматика полностью купировалась (менее 10 баллов по шкале DHI). Во 2-ю группу вошли 17 (65%) человек, которые после лечения отметили значительное субъективное улучшение (от 11 до 30 баллов по шкале DHI). В 3-ю группу вошли 2 (8%) пациента, которые не отметили улучшения (по шкале DHI 59 и 50 баллов). В 1-й группе, по данным теста vHIT, наблюдалось полное восстановление ВОР, нормализовалась ДОЗ. Во 2-й группе также отмечалось значительное улучшение ДОЗ, однако нормализации в тесте vHIT не зарегистрировано. Клиническое и субъективное улучшение состояния пациентов можно объяснить изменениями, произошедшими с компенсаторной саккадой. При визуальном анализе графиков программы

EyeSeeCam пациентов 2-й группы после курса реабилитации в абсолютном большинстве поворотов регистрируется только одна компенсаторная саккада, возникающая в одно и то же время при каждом повороте во время самого поворота и заканчивающаяся к его окончанию, т.н. «скрытая» саккада. У 2 пациентов 3-й группы не произошло улучшения ДОЗ и восстановления в тесте vHIT.

Выводы. Таким образом, улучшение ДОЗ и, соответственно, уменьшение головокружения у пациентов с ВН происходит в следующих случаях:

1. При полном восстановлении ВОР, что, вероятно, обусловлено восстановлением периферической вестибулярной афферентации при возобновлении проведения импульсов по вестибулярному нерву. Эти процессы сопровождаются полным восстановлением в тесте vHIT и исчезновением компенсаторной саккады после курса реабилитации;
2. При эффективной центральной вестибулярной компенсации в случае стойкого отсутствия периферической вестибулярной афферентации с пораженного лабиринта, т.е. при сохранении сниженных показателей vHIT после курса реабилитации. В основе этого лежит формирование достаточной «скрытой» компенсаторной саккады, которая уменьшает эффект про-скальзывания зрительного образа по сетчатке в момент движения и минимизирует осциллопсию при движениях головы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ

Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Архангельская И.И.¹, Яновский В.В.¹, Тардов М.В.¹

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

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», Москва, Россия

³Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Разработка критериев оценки эффективности хирургического лечения синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у детей с аденонозиллярной гипертрофией.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 186 детей с аденонозиллярной гипертрофией в возрасте от 2 до 6 лет. Методы обследования детей включали: сбор анамнеза заболевания (подробное описание эпизодов ночного апноэ, а также их временной аспект), жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, эндоскопию носоглотки, пульсоксиметрию. Критерии эффективности хирургического лечения СОАС у детей с гипертрофией лимфоидной ткани носо- и ротоглотки оценивали как субъективно (отсутствие храпа, шумного дыхания и явных дыхательных пауз, нормализация качества сна, улучшение концентрации внимательности, уменьшение раздражительности, агрессивности), так и объективно (результаты пульсоксиметрии, эндоскопии носоглотки). Компьютерную пульсоксиметрию проводили в домашних условиях с помощью прибора Wrist Pulse Oximeter MD300W детского пульсоксиметрического датчика (Германия).

Результаты. Все родители предъявляли жалобы на затрудненное носовое дыхание, храп, 7–12 эпизодов задержки дыхания во сне продолжительностью от 5 до 10 сек, повышенную

утомляемость, неустойчивость внимания, эмоциональную лабильность, двигательную расторможенность и неусидчивость у детей. Продолжительность заболевания – от 3 мес. до 2 лет. При оториноларингоскопическом осмотре и эндоскопии носоглотки отмечали гипертрофию небных миндалин и аденоидных вегетаций 2–3-й ст. Анализ результатов пульсоксиметрии показал: индекс апноэ/гипопноэ до 1/час у 60 больных, от 1 до 5/час – у 102, от 5 до 15/час – у 18, более 15/час – у 6 пациентов. Легкая степень СОАС выявлена у 162 детей, средняя степень СОАС – у 18 и тяжелая степень СОАС – у 6 детей. Всем детям в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом и контролем эндоскопа выполнена аденотонзиллотомия. При комплексной оценке результатов субъективных и объективных методов исследования через 1 месяц после хирургического вмешательства во всех случаях отмечен положительный результат (нормализация носового дыхания, отсутствие храпа, эпизодов апноэ, улучшение психоэмоционального состояния детей, нормализация индексов апноэ/гипопноэ и десатурации).

Выводы. Таким образом, отсутствие клинических проявлений и положительная динамика по результатам компьютерной пульсоксиметрии являются критериями оценки эффективности хирургического лечения СОАС у детей с аденонозиллярной гипертрофией.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Крюков А.И.^{1,3}, Кунельская Н.Л.^{1,3}, Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Бодрова И.В.⁴, Яновский В.В.¹, Морозова З.Н.¹

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

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

⁴ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель: оценить эффективность хирургического лечения детей с дисфункцией слуховой трубы.

Материал и методы. Обследованы и пролечены 190 детей с дисфункцией слуховой трубы (ДСТ) в возрасте от 3 до 13 лет. Всем пациентам проводили: инструментальный осмотр, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, отоэндоскопию, аудиологическое исследование (акустическая импедансометрия, тональная пороговая аудиометрия), функциональную мультиспиральную КТ слуховых труб (при наличии показаний). После комплексного обследования проведено хирургическое лечение ДСТ, включавшее изолированную аденотомию под эндоскопическим контролем (190) с одномоментной: миринготомией (166), шунтированием барабанных полостей (24), инструментальной коррекцией тубарного валика (40), деструкцией тубарных миндалин (55).

Результаты. Через 1 месяц, после проведенного хирургического вмешательства всем пациентам проводили клиничко-аудиологическое обследование, позволившее констатировать выздоровление у 165 (84,7%) пациентов. Однако у 25 (15,3%) детей в возрасте 5–13 лет отмечен рецидив заболевания через 1–2 месяца на фоне респираторно-вирусной инфекции. У данной категории пациентов выполнена эндоскопия носоглотки, при проведении которой патологии со стороны глоточного устья

слуховой трубы не выявлено. Проведено аудиологическое обследование: у 12 детей регистрировали тип «С» с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 даПа, по данным тональной пороговой аудиометрии отмечали повышение порогов воздушного звукопроводения до 30–40 дБ. У 13 детей регистрировали тип «В», по данным тональной пороговой аудиометрии отмечали повышение порогов воздушного звукопроводения до 40–60 дБ. По результатам функциональной мультиспиральной КТ слуховых труб во всех случаях диагностировали зоны стеноза хрящевой части слуховой трубы. Всем пациентам данной группы под эндотрахеальным наркозом выполнена баллонная дилатация слуховых труб. Больные повторно обследованы через 2 месяца от момента операции: у 18 (76%) пациентов показатели клинико-аудиологического обследования были в пределах возрастной нормы, у 5 (20%) пациентов продолжается катamnестическое наблюдение в связи с одномоментным выполнением баллонной дилатации и повторного шунтирования барабанных полостей, у 2 (8%) детей отмечены явления ателектаза барабанной перепонки в задних отделах, в связи с чем запланирована дальнейшая ревизия барабанной полости с тимпанопластикой.

Выводы. Таким образом, методом выбора хирургического лечения детей с ДСТ является эндоскопическая аденотомия иногда в сочетании с коррекцией тубарного валика или тубарной миндалины, а также шунтированием барабанных полостей или миринготомией. В ряде случаев выявляется стойкая ДСТ, обусловленная стенозом в области ее хрящевого отдела. В этом случае пациенту показано проведение баллонной тубопластики, показавшей в нашем исследовании высокую эффективность и безопасность.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЕ

Крюков А.И.^{1,3}, Кунельская Н.Л.^{1,3}, Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Изотова Г.Н.¹, Лучшева Ю.В.¹

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

²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», Москва, Россия

³Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Разработка алгоритма послеоперационного ведения детей, перенесших аденотомию

Материал и методы. Обследованы и пролечены 176 детей в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом «аденоиды III степени», поступивших на плановую аденотомию. В зависимости от лечения в послеоперационном периоде были сформированы 2 группы: группа I (основная) – 88 детей, которым после аденотомии проведено консервативное лечение, включившее кетопрофена и карбоцистеина лизиновую соль (в возрастной дозировке); группа II (контрольная) – 88 детей, которым проведена антибактериальная терапия (цефалоспорины 3-го поколения). Помимо этого в обеих группах дети получали: топические деконгестанты, протеинат серебра, антигистаминные препараты 2–3-го поколений. Курс лечения составил 7 дней. В послеоперационном периоде диагностический алгоритм включал сбор жалоб детей или их родителей, оториноларингологический осмотр,

эндоскопию полости носа и носоглотки, интраоперационное гистологическое исследование.

Результаты. На 2-е сутки после хирургического лечения родители всех пациентов основной (I) и контрольной (II) групп предъявляли жалобы на выделения из носа слизистого характера, затруднение носового дыхания, боль в горле, фебрильную или субфебрильную температуру. На 3-и сутки после операции субфебрильная и фебрильная температура у пациентов I группы не отмечалась, тогда как во II группе сохранялась у 46 (52,3%) и 19 (21,6%) детей соответственно. Жалобы на боль в горле предъявляли 15,3% детей I группы и 100% пациентов II группы. Затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистогнойного характера были у всех детей в обеих группах. Однако уже на 5-е сутки после операции у детей I группы отмечался регресс заболевания, тогда как у пациентов II группы субфебрильная температура сохранялась у 25 (28,4%) детей, боль в горле была незначительно выражена у 33 (37,6%), затруднение носового дыхания отмечено у 52 (59,1%), выделения из носа слизистогнойного характера – у 68 (77,3%). Объективная оценка реактивных явлений со стороны слизистой оболочки полости носа и носоглотки на 7-е сутки после оперативного вмешательства у пациентов I группы выявила отсутствие реактивных явлений в полости носа и носоглотке. Во II группе реактивные явления со стороны слизистой оболочки полости носа отмечены у всех пациентов. При этом у 59 (67,1%) детей был отмечен отек в области послеоперационной раны носоглотки (при отсутствии фибрина), у 29 (32,9%) отек сочетался с остатками фибринозного налета.

Выводы. Клиническая эффективность кетопрофена и карбоцистеина лизиновой соли в составе комплексной терапии у детей после аденотомии в раннем послеоперационном периоде заключается в купировании болевого синдрома, температурной реакции, снижении продолжительности реактивных явлений, ускорении заживления послеоперационной раны носоглотки. Комбинированное противовоспалительное, жаропонижающее, анальгезирующее, иммуномодулирующее, муколитическое и секретомоторное действия препаратов позволяет использовать их в качестве альтернативы антибактериальным препаратам в составе комплексной терапии у детей после аденотомии.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ «ОТКРЫТОЙ» ТЕХНИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СРЕДНЕМ УХЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Крюков А.И.^{1,2}, Ивойлов А.Ю.^{1,2,3}, Гаров Е.В.¹, Гуров А.В.^{1,2}, Степанова Е.А.⁴, Пакина В.Р.¹, Ибрагимова З.С.⁵

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

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва, Россия

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», Москва, Россия

⁴ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.В. Владимирского», Москва, Россия

⁵ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки» Минздрава Чеченской республики, Грозный, Россия

Цель. Анализ результатов «открытой» техники выполнения оперативных вмешательств на среднем ухе у детей с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО).

Материал и методы. Обследованы и прооперированы 36 детей с различными формами ХГСО в возрасте от 10 до 15 лет. Методы обследования: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, отоэндоскопия, КТ височных костей, МРТ височной кости в режиме диагностики холестеатомы (non-EPI DWI), аудиологическое исследование. Всем больным выполнен один из вариантов «открытой» санирующей слухоулучшающей операции на среднем ухе: аттико-антромастоидотомия с удалением задней стенки наружного слухового прохода, с тимпанопластикой 1–3-го типов и облитерацией трепанационной полости аутокостью и аутохрящом (облитерирующая, гибридная техника с тимпанопластикой).

Результаты. Туботимпанальный ХГСО диагностирован у 15 детей, эптитимпано-антральный ХГСО – у 21, левосторонний – у 12, правосторонний – у 24. Длительность течения ХГСО составляла от 3 до 12 лет, причем 69,5% пациентов (или их родители) отмечали начало заболевания в возрасте 1–3 лет после перенесенного острого гнойного среднего отита. Девять пациентов ранее были прооперированы в других медицинских учреждениях. При туботимпанальном ХГСО перфорация локализовалась в центральной части барабанной перепонки, ее размеры не превышали 3 мм. При эптитимпано-антральном ХГСО дефект в ненатянутой части барабанной перепонки был краевым и не превышал 1,5 мм. В слуховом проходе при всех формах ХГСО визуализировались холестеатомные массы со зловонным запахом. Исследование слуховой функции выявило наличие смешанной формы тугоухости со слуховыми порогами по костному проведению $20,0 \pm 1,8$ дБ при обеих формах заболевания. КТ-симптомы холестеатомы среднего уха диагностированы у всех пациентов с ХГСО. Во всех наблюдениях диагноз холестеатомы подтвержден интраоперационными находками. В послеоперационном периоде при динамическом наблюдении до 1 года, после проведения МРТ в режиме диагностики холестеатомы (non-EPI DWI), клинического и аудиологического обследований отмечены хорошие анатомические (восстановление тимпанальной мембраны и отсутствие мастоидальной полости) и функциональные (костно-воздушный интервал < 20 дБ у 80%) результаты у 30 детей, в 6 случаях – рецидив холестеатомы.

Выводы. Таким образом, анализ результатов показал, что облитерирующая (гибридная) техника как одноэтапная и функциональная методика при «открытых» санирующих слухоулучшающих операциях на среднем ухе при любой форме ХГСО в детском возрасте, по данным клинко-рентгенологического обследования в катamnестическом периоде, является эффективной в 83,3% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДВУСТОРОННЕЙ АТРЕЗИИ ХОАН: ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Егоров В.И., Тюкин В.Ю., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Процесс рубцового зарращения хоан после проведения хирургического лечения является очень актуальным при работе с врожденной двусторонней полной атрезией хоан. Для предотвращения рубцового зарращения во вновь сформированные хоаны вводятся назальные стенты. Однако данные устрой-

ства обладают существенными недостатками: ненадежность крепления в полости носа не позволяет установить устройство на продолжительный срок, возможность прорастания грануляций в просвет стента и развитие у ребенка деформации преддверия носа во время его ношения.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения двусторонней полной атрезии хоан у новорожденных и внедрение в практику нового хоанального стента.

Материал и методы. На базе ЛОР-отделения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было разработано и внедрено в практику устройство для предотвращения рубцового зарращения просвета хоан у новорожденных (патент №2614936 от 30.03.2017), которое позволяет добиться стойкого положительного результата и не обладает вышеперечисленными недостатками. Наше новое устройство выполнено в виде двух трубок с перемычкой, на концах которых имеются кольцевые фиксаторы, с изгибом 140–170 градусов посередине. Эта конфигурация позволяет: надежно и безопасно зафиксировать устройство, исключая выпадение; изменять его индивидуально по размерам носоглотки; исключить прорастание грануляций в просвет стента; избежать деформаций преддверия полости носа. С 2002 г. в нашей клинике прооперированы 40 детей с врожденной полной костной двусторонней атрезией хоан. С 2010 г. с применением нового стента прооперированы 20 (50%) детей. Послеоперационный период у всех пациентов протекал благоприятно, температурная реакция не превышала субфебрильных цифр.

Результаты Рубцовое стенозирование при применении предыдущей методики стентирования отмечалось в 35% случаях. Рубцовое стенозирование при применении новой методики отмечалось только в 5% случаев, что потребовало повторной установки стента большего размера.

Выводы. Применение нового стента для коррекции врожденной полной двусторонней атрезии хоан позволяет формировать стойкую хоаностому без тенденции к рубцовому стенозированию, что повышает эффективность лечения детей с данной патологией.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУР НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кунельская Н.Л.^{1,2}, Царапкин Г.Ю.¹, Артемьева-Карелова А.В.¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, Москва, Россия
²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Вазомоторный ринит (ВР) является частой патологией в структуре заболеваний верхних дыхательных путей. Приблизительная частота впервые выявленных случаев в нашей стране составляет 26,3 на 100 тыс. населения в год (А.С. Лопатин, 2012). Ведущим фактором в патогенезе ВР является набухание кавернозных сплетений, переполнение их кровью, что приводит к увеличению размеров носовых раковин и затруднению носового дыхания. Диагностическими критериями диагноза является способность к сокращению при анемизации слизистой оболочки полости носа. Классическим методом хирургического лечения ВР является подслизистая вазотомия нижних носовых раковин (ННР). Также применяются различные

виды физического воздействия на слизистую оболочку ННР (гальванокаустика/электрокоагуляция, лазерная вапоризация, радиочастотная редукция, криодеструкция). На сегодняшний день выбор хирургического лечения зависит от оснащения клиники и владение хирурга той или иной методикой.

Цель. Определить распространенность повторных хирургических вмешательств на структурах ННР при ВР.

Материал и методы. На базе ГБУЗ НИКИО им Л.И. Свержевского были обследованы 500 пациентов с ВР. Основной жалобой пациентов являлось затруднение носового дыхания длительностью от шести и более месяцев. Всем больным проводили общепринятый осмотр ЛОР-органов. При передней риноскопии отмечался отек слизистой оболочки носовых раковин. При анемизации слизистой оболочки ННР раствором адреналина (0,1%) отмечалось незначительное их сокращение. Всем пациентам была проведена подслизистая вазотомия ННР при помощи хирургического распатора. При этом формировали лоскут слизистой оболочки медиальной поверхности ННР. Нами была отмечена следующая закономерность: у 390 (78%) пациентов избытка слизистой оболочки не отмечалось, и края раны сопоставлялись край в край; у 110 (22%) пациентов отмечался избыток лоскута слизистой оболочки при подтягивании ее в переднем направлении в область апертуры носа. Таким образом, все пациенты разделились на две группы: 1-я группа (n=110) – при выполнении подслизистой вазотомии ННР отмечался избыток слизистой оболочки; 2-я группа (n=390) – избытка ткани слизистой оболочки не определялось. Все пациенты находились под наблюдением в течение 1 года.

Результаты. Оценивали результаты передней активной риноманометрии – ПАРМ (СОП – суммарный объемный поток) в динамике до и после проведения хирургического лечения. Наблюдалось увеличение СОП на 27,3% на 5-е сутки, на 19,4% – на 14-е сутки и на 9,3% – на 30-е сутки у больных 1-й группы; на 37,8% – на 5-е сутки, на 31,7% – на 14-е сутки и на 18,9% – на 30-е сутки у пациентов 2-й группы после проведения операции.

Все прооперированные пациенты наблюдались в течение 1 года после хирургического лечения. Из них 36 (32,7%) пациентов 1-й группы обратились повторно с жалобами на выраженное затруднение носового дыхания, что потребовало повторного хирургического вмешательства в объеме нижней щадящей конхотомии.

Выводы.

1. Вазомоторное поражение ННР интраоперационно может характеризоваться анатомическими особенностями, которые проявляются избытком слизистой оболочки их медиальной поверхности, что необходимо учитывать при проведении вазотомии.
2. вазотомии при ВР без учета интраоперационных анатомических особенностей строения ННР (увеличенного объема слизистой оболочки медиальной поверхности) у 32,7% больных ведет к регрессу симптомов заболевания.

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НОСОГЛОТКИ

Крюков А.И.^{1,2}, Царапкин Г.Ю.¹, Товмасын А.С.¹, Арзамазов С.Г.¹, Кишиневский А.Е.¹

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

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Кистозные образования носоглотки, распространенность которых в популяции может достигать 14%, почти никогда не проявляются клинически. В редких случаях они вызывают затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение слуха и другие неспецифические симптомы. Установить первичный диагноз позволяет эндоскопия носоглотки, а для уточнения диагноза и планирования лечения требуется проведение как МРТ, так и КТ. МРТ исследование позволяет точно локализовать образование, уточнить его пространственное взаимоотношение с окружающими мягкоткаными структурами и сосудами; КТ исследование выявляет состояние и расположение окружающих костных структур. На сегодняшний день широкое распространение получили эндоскопические эндоназальные техники вскрытия и частичного удаления кист, которые позволяют добиться регрессии клинической симптоматики. Использование на таких операциях аргонно-плазменной коагуляции, радиоволнового, лазерного воздействия помогает избежать осложнений и сократить длительность госпитализации и период реабилитации.

Цель: выявление распространенности кист носоглотки и оптимизация их хирургического лечения.

Материал и методы. За 2014–2017 гг. в НИКИО им. Л.И. Свержевского диагноз «киста носоглотки» установлен 18 пациентам из 15 000 госпитализированных по поводу ЛОР-патологии, что составило 0,1% от общего числа проведенных операций. Из них 7 (38,9%) пациентов были прооперированы, т.к. имели клиническую симптоматику. Всем больным проводили эндоскопическое эндоназальное вскрытие и частичное удаление стенки кисты – марсупиализацию, с лазерной ассистенцией и последующим гистологическим исследованием удаленного материала. Из 7 оперированных пациентов у 3 (42,8%) была диагностирована интрааденоидная киста носоглотки, у 4 (79,2%) пациентов диагностирована киста Торнвальда.

Выводы. Таким образом, эндоназальная марсупиализация с эндоскопическим контролем и лазерной ассистенцией показала себя эффективным и безопасным методом лечения кист носоглотки.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТАМПОНАДА НОСОГЛОТКИ ПРИ АДЕНОТОМИИ

Крюков А.И.^{1,2}, Царапкин Г.Ю.¹, Товмасын А.С.¹, Кучеров А.Г.^{1,2}, Арзамазов С.Г.¹

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

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. С широким внедрением эндоскопической техники в практическую оториноларингологию значительно увеличилось число пациентов, у которых диагностируется гипертрофия глоточной миндалины. В связи с этим аденоидия у взрослого контингента больных на сегодняшний день не является казуистической операцией. Однако до сих пор остается открытым вопрос об осуществлении малотравматичного эффективного интраоперационного гемостаза при выполнении аденоидии.

Цель работы: повышение эффективности интраоперационного гемостаза при проведении аденоидии посредством разработки малотравматичного способа тампонады носоглотки у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. Нами разработан оригинальный гидротампон, изготовленный из силиконовой резины, который трансорально устанавливаем в носоглотку. Через соединительную трубку наполняем гидротампон физиологическим раствором до полной obturации носоглотки. Удерживаем раздутый тампон в носоглотке в течение 2–5 минут. Далее проводим растампонаду, удаляя наполнитель из гидротампона, после чего оцениваем состоятельность гемостаза. При отсутствии кровотечения удаляем гидротампон в сдутом состоянии.

Под нашим наблюдением были 46 пациентов с аденоидными вегетациями II степени в возрасте от 18 до 42 лет. Женщин было 20, мужчин – 26. Все больные были прооперированы под эндотрахеальным наркозом. Критериями исключения из исследования было наличие нарушений свертывающей системы крови, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Аденоотомию проводили носоглоточным ножом Бекмана. В зависимости от способа остановки интраоперационного кровотечения все больные были разделены на две группы: в I группе (n=23) гемостаз осуществляли при помощи оригинальных силиконовых гидротампонов, во II (n=23) – марлевыми тупферами. Время тампонады в обеих группах больных составило 3 мин., далее проводили растампонаду и оценивали гемостаз. При продолжающемся кровотечении процедуру тампонады носоглотки повторяли. В нашей работе мы оценивали объем интраоперационной кровопотери (в мл) и число тампонад носоглотки для достижения полного гемостаза при проведении аденоотомии.

Результаты. В I группе больных для полной остановки интраоперационного кровотечения необходимо было провести $1,83 \pm 0,01$ тампонады, при этом объем интраоперационной кровопотери составил $7,88 \pm 0,14$ мл ($p < 0,05$). У пациентов II группы интраоперационный гемостаз был достигнут после $3,71 \pm 0,01$ тампонады носоглотки, при этом объем кровопотери составил $34,17 \pm 1,77$ мл. ($p < 0,05$) Рецидив глоточного кровотечения на ранних сроках после аденоотомии нами был зафиксирован у 1 больного, вошедшего во II клиническую группу.

Выводы. 1. Применение оригинальных носоглоточных гидротампонов, изготовленных из силиконовой резины, для осуществления гемостаза при проведении аденоотомии у пациентов старших возрастных групп позволяет снизить кровопотерю во время операции в 4,3 раза по сравнению с тупферным способом остановки интраоперационного кровотечения, при этом продолжительность операции сокращается на 5,64 мин. за счет кратности проведения тампонады. 2. При тупферном способе остановки кровотечения из носоглотки при проведении аденоотомии рецидив кровотечения на ранних сроках после операции отмечен у 4,3% больных, тогда как при тампонаде оригинальным носоглоточным гидротампоном данного осложнения не наблюдается.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДИФУЗНОГО НАРУЖНОГО ОТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ NO-ТЕРАПИИ

Свистушкин В.М.¹, Гербергаген А.В.², Шевчик Е.А.¹

¹Кафедра болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

²ГБУЗ МО Подольская ГКБ, Подольск, Россия

Введение. Монооксид азота имеет большое значение в регуляции биохимических процессов организма. Выявлено его активное участие в иммунных и воспалительных процессах. Представлены

результаты исследования эффективности применения экзогенного оксида азота (NO-терапия) в комплексном лечении больных наружным отитом. Исследование проведено с применением воздушно-плазменного скальпеля-коагулятора «Плазон» и разработанного с его помощью способа лечения ран, раневой патологии и воспалительных процессов – NO-терапии. В основе метода лежит обработка пораженной области воздушным потоком, обогащенным монооксидом азота. Несмотря на существенный опыт использования NO-терапии в лечении больных заболеваниями верхних отделов дыхательных путей, отсутствуют исследования, касающиеся возможности применения газообразного монооксида азота при патологии наружного уха.

Цель исследования. Оценка эффективности применения NO-терапии в лечении больных наружным отитом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 больных острым диффузным наружным отитом, распределенные в 2 группы – исследуемую (n=20) и контрольную (n=20). Базисное лечение в обеих группах проводилось с использованием капель в ухо «Кандибиотик». При выраженном болевом синдроме в обеих группах применяли метамизол натрия, кеторолак. В исследуемой группе дополнительно проводили обдув кожи наружного слухового прохода NO-содержащим газовым потоком.

Результаты. На фоне лечения в исследуемой группе отмечен более быстрый регресс проявлений острого наружного отита (отек и гиперемия кожи, боль, прекращение выделений), что подтверждено результатами объективных методов исследования: микробиологических, цитологических, эндоскопических, фото, анкетированием больных с применением клинических шкал. Также отмечено сокращение продолжительности лечения в исследуемой группе. Результаты лечения приведены в таблице.

Таблица. Сравнительные статистические показатели в исследуемой и контрольной группах

Параметры	Группа	
	Исследуемая	Контрольная
Разрешение отека (сутки от начала лечения)	3,7	5,0
Прекращение выделений (сутки от начала лечения)	5,8	7,95
Исчезновение болей (сутки от начала лечения)	3,35	4,25
Разрешение гиперемии (сутки от начала лечения)	6,35	7
Средний койко-день	7,9	9,55

Выводы. Полученные результаты позволяют судить о положительном влиянии NO-терапии в комплексном лечении больных острым наружным отитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Крюков А.И.^{1,2}, Гаров Е.В.¹, Зеленкова В.Н.¹, Зеленков А.В.¹

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

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Холестеатома пирамиды височной кости (ХПВК) составляет 2,9% среди всех холестеатом височной кости.

Холестеатомы этой локализации могут быть первичными (врожденными) или вторичными, вследствие инвазии холестеатомы из среднего уха или сосцевидного отростка. Ранними симптомами могут быть снижение слуха или глухота, оторрея, дисфункция лицевого нерва (ЛН), периферическое головокружение или центральные неврологические осложнения вследствие эрозии рядом расположенных важных анатомических структур. Мультиспиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), в т.ч. в NON EPY DWI режиме, позволяют определить локализацию, распространение ХПВК и на дооперационном этапе планировать хирургический подход.

Материал и методы. С 2010 по 2017 г. были обследованы и пролечены 20 пациентов с ХПВК в возрасте от 35 до 56 лет, 5 из которых ранее были оперированы в различных клиниках (аттикоантромастоидотомия без удаления задней стенки наружного слухового прохода – 1 случай, с удалением – 3, удаление ХПВК ретроцигмовидным доступом – 1). Причиной обращения в различные клиники был периферический парез ЛН у 4 пациентов, у 1 – острый гнойный менингит. В анамнезе до первичного хирургического лечения оторрею отмечали 4 пациента. Односторонняя глухота была – у 7 пациентов, смешанная тугоухость – у 13, выделения из уха – у 3, парез ЛН более 10 лет 2–3-й степеней по шкале House-Brackmann (НВ) – у 3 и 5–6-й степеней – у 5. При отомикроскопии нормальная барабанная перепонка визуализировалась у 10 пациентов, отсутствие барабанной перепонки и послеоперационная полость заполненная грануляциями – у 2, состоятельная неотимпанальная мембрана – у 2, картина хронического гнойного среднего отита в стадии обострения – у 6. По данным КТ височных костей и МРТ в NON EPI DWI режиме: инфралабиринтный тип распространения ХПВК выявлен у 2 пациентов, апикальный – у 2, инфралабиринтный апикальный – у 5 и супралабиринтный – у 11.

Результаты. Всем пациентам выполнено хирургическое лечение: в объеме расширенной аттикоантромастоидотомии с удалением задней стенки наружного слухового прохода и мастоидопластикой 10 пациентам, субтотальной петрозэктомии с лабиринтэктомией – 3, с кохлеотомией – 4; при этом трансмастоидальным доступом – 17, субтемпоральным экстрадуральным – 2 и пресигмовидным экстрадуральным – 1 больному. При субтотальной петрозэктомии выполняли декомпрессию и транспозицию ЛН, удаление ХПВК, пластику полости аутожиром и ушивание наружного слухового прохода по Рамбо с нейрофизиологическим мониторингом. При интраоперационном нейрофизиологическом контроле проводимость ЛН была сохранена у 8 пациентов, отсутствовала в связи с его пересечением у 1. Этому пациенту одномоментно выполнена пластика ЛН. В послеоперационном периоде у 3 пациентов развился парез ЛН 3–4-й степеней по НВ и у 3 – 5-й степени. Развившийся парез ЛН на фоне проводимой терапии регрессировал.

Заключение. Таким образом, выполненный объем оперативно-го вмешательства позволил в большинстве случаев достигнуть тотального удаления ХПВК и сохранения функции ЛН.

БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА: ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Биданова Д.Б., Мухамедов И.Т., Морозова С.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Введение. Болезнь Меньера характеризуется медленно прогрессирующим течением. На сегодняшний день существуют

различные варианты методов лечения, как консервативных, так и хирургических. Среди хирургических методов лечения болезни Меньера различают слухосохраняющие (операции на эндолимфатическом мешке, селективная вестибулярная нейрэктомия) и деструктивные (лабиринтэктомия, транслабиринтная нейрэктомия).

Материал и методы. За период с 2014 по 2017 г. в клинике болезней уха, горла и носа ПМГМУ им. И.М. Сеченова 18 пациентам выполнено хирургическое лечение. Средний возраст составил 51 ± 9 лет. Длительность заболевания от 2 до 10 лет. Длительность головокружений от 2 до 8 часов. Для верификации диагноза и решения тактики лечения проводилось комплексное обследование, которое включало тщательный сбор анамнеза, аудиометрию, тимпанометрию, вестибулометрию, консультацию отоневролога, невролога, электрокохлеографию, КТ височных костей, МРТ головного мозга. Всем пациентам проводился курс консервативного лечения на протяжении как минимум 6 месяцев, на фоне которого сохранялись приступы головокружения (еженедельные, несколько раз в неделю, несколько раз в месяц), а также отмечалось снижение слуха.

Пятнадцати пациентам проведено дренирование эндолимфатического мешка. По данным аудиометрии установлено снижение слуха по сенсоневральному типу II–III степеней. При электрокохлеографии выявлен гидропс лабиринта, значение соотношения суммационного потенциала к потенциалу нерва составил от 0,44 до 0,80, при этом корреляции между частотой приступов, длительностью заболевания не выявлено. Функциональный уровень, согласно шкале AAO HNS, был от 4 до 6.

Результаты. Максимальный период наблюдения составил 4 года. У 10 пациентов рецидива головокружения не было, у 3 пациентов отмечалось уменьшение длительности до нескольких минут и интенсивности головокружений, у 2 пациентов сохранялись приступы головокружения. Пороги слуха сохранились на прежнем уровне у 11 пациентов, у 2 – снижение слуха на 10–15 дБ на 2–4 частотах, у 2 пациентов с рецидивом головокружений наблюдалось снижение слуха.

При неэффективности консервативного лечения, сохранении приступов после слухосохраняющих операций пациентам показана деструктивная операция. Трем пациентам с полной потерей слуха, у которых в анамнезе были хирургические вмешательства (хордоплексустомия, операция на эндолимфатическом мешке), выполнена транслабиринтная селективная нейрэктомия. После поэтапного вскрытия преддверия и полукружных каналов и расширения внутреннего слухового прохода выполняли резекцию части вестибулярного нерва с последующей пластикой послеоперационной полости. У пациентов в отделенном послеоперационном периоде (около 3 лет) приступов головокружения не отмечалось, у 1 пациента наблюдался парез лицевого нерва с последующим полным восстановлением функции нерва в течение 1 года.

Заключение. Болезнь Меньера ведет к длительной нетрудоспособности, прогрессирование кохлеовестибулярных расстройств приводит к инвалидизации. Своевременно начатое лечение позволяет избежать полной потери слуха и в большинстве случаев предупредить приступы головокружения, в чем немаловажную роль играет ранняя диагностика заболевания. При неэффективности консервативной терапии хирургическое вмешательство стоит начинать со слухосохраняющих операций, что значительно улучшает прогноз со стороны слуха.

Методом выбора при неэффективности слухосохраняющих операций являются деструктивные операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ

Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Степаненко Н.С.,
Куликова Н.В., Стрижова Д.Н.

Введение. Ларинготрахеальная расщелина является редкой врожденной аномалией развития верхних дыхательных путей, встречающаяся в 1 случае на 10 000–20 000 новорожденных. Клинические проявления напрямую зависят от степени заболевания. При I степени ларингеальная расщелина ограничивается перстневидным хрящом, а при IV степени может быть вовлечена бифуркация трахеи. В настоящее время существуют методики оперативного лечения ларингеальной расщелины эндоскопическим и открытым путем с применением высокотехнологических методов поддержания витальных функций во время операции. В отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 2014 г. проведено 11 оперативных вмешательств у детей с ларингеальной расщелиной.

Цель исследования: улучшение результатов у группы пациентов с ларингеальной расщелиной различной степени.

Материал и методы. На базе ГБУЗ ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 2014 по 2018 г. проведено хирургическое лечение 11 пациентам с ларингеальной расщелиной I, II, III и IV степеней. Возраст пациентов составил от 1 недели до 4 лет 8 месяцев. Средний возраст составил 1 год 4 месяца. У 4 (36,4%) пациентов выявлена ларингеальная расщелина IV степени, у 4 (36,4%) пациентов – расщелина III степени, у 3 (27,2%) пациентов – расщелина I–II степеней. За 5 лет проведено 11 операций по ушиванию ларингеальной расщелины. У 4 (36,4%) детей проведено ушивание расщелины открытым способом с использованием экстракорпоральной мембранной оксигенацией. У 4 (36,4%) пациентов с расщелиной III степени проведено оперативное лечение открытым способом на шее с использованием Jet-вентиляции и при помощи стандартной эндотрахеальной интубации. Трех (27,2%) пациентам с расщелиной I–II степени проведено ушивание расщелины эндоскопическим путем с использованием Jet-вентиляции при помощи эндоскопических ЛОР-инструментов.

Результаты. Летальность составила 18,2% (2 пациента). Оба пациента с ларингеальной расщелиной IV степени, умерли вследствие гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов в послеоперационной области. Осложнение в послеоперационном периоде наблюдалось у 2 (18,2%) пациентов в виде кровотечения из послеоперационной раны, что потребовало повторного оперативного вмешательства. К настоящему моменту 7 (63,6%) пациентов живут без трахеостомической трубки.

Выводы. Результаты хирургического лечения ларингеальной расщелины у детей напрямую зависят от степени и анатомических особенностей заболевания, а также от сопутствующих пороков развития. Крайне сложным пороком развития с высоким процентом летальности является расщелина III–IV степеней. Напротив, I степень зачастую не требует хирургического лечения и протекает бессимптомно. С наличием современного оборудования для проведения оперативных вмешательств и анестезии в послеоперационном периоде, а также с накоплен-

ем опыта в настоящее время стало возможным хирургическая коррекция тяжелых форм ларингеальных расщелин, а также проведение малоинвазивных эндохирurgical вмешательств при ларингеальной расщелине I–II степеней.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОГО ЛАРИНГИТА

Кунельская В.Я., Романенко С.Г., Шадрин Г.Б., Красникова Д.И.
ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, Москва.
Россия

Цель исследования. Разработать наиболее эффективный метод лечения грибкового ларингита.

Материал и методы. За 5 лет на базе ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского проведено обследование и лечение 430 взрослых пациентов с различными формами хронического ларингита. В результате комплексного обследования ларингомикоз был диагностирован у 100 (23,2%) больных. Возбудителями ларингомикоза в 98 (98%) случаях являлись дрожжеподобные грибы рода *Candida*, а в 2 (2%) – плесневые грибы рода *Aspergillus*.

Для разработки эффективной терапии кандидозного ларингита мы разделили 98 пациентов с кандидомикозом гортани на 3 группы: А (33 пациента), В (31 пациент) и С (34 пациента). В группе «А» больные получали только местное лечение, в группе «В» – только системное лечение и в группе «С» – комбинированное лечение (с применением противогрибковых препаратов как местного, так и системного действия). Группы были сопоставимы по полу, возрасту пациентов и по клиническим формам ларингита.

Местную противогрибковую терапию осуществляли с помощью ингаляций с 0,01% раствором бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония по 10 минут 2 раза в день. В качестве системной терапии назначали флуконазол в дозе 50–150 мг. Дозу препарата выбирали в зависимости от выраженности воспаления слизистой оболочки гортани и титра полученного возбудителя, а также с учетом возраста, массы тела пациента и показателей биохимического анализа крови. Длительность лечения во всех группах составила 28 дней. Показателями выздоровления больных мы считали отсутствие жалоб, нормализацию или стойкое улучшение ларингоскопической картины, элиминацию грибковой флоры, подтвержденную результатами лабораторных микологических исследований.

Результаты. В результате лечения 3 групп пациентов с грибковым ларингитом, вызванным грибами рода *Candida*, наилучшие результаты были получены в группе «С», где пациенты получали комбинированную противогрибковую терапию, при этом клинический результат был достигнут уже на 21-е сутки лечения (клиническая эффективность у 79,4% больных).

Заключение. На основании проведенных исследований выявлено, что доля ларингомикоза хронических воспалительных заболеваний гортани составляет 23,2%, при этом основными возбудителями (98%) являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Оптимальным методом лечения грибкового ларингита можно считать комбинированную терапию противогрибковыми препаратами системного и местного действия в течение 3 недель.

ПОДСЧЕТ ТЕМНЫХ НЕЙРОНОВ В ГИППОКАМПЕ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Кастыро И.В., Гулинов К.А., Еремина И.З., Торшин В.И., Попадюк В.И., Бакаева З.В., Костяева М.Г., Хамидулин Г.В., Баринов А.В.
ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель исследования: оценить влияние воспалительного процесса как фактора хирургического стресса на формирование темных нейронов (ТН) в гиппокампе у крыс.

Материал и методы. Изучали 60 беспородных половозрелых крыс-самцов (12–18 мес.). Перед операцией в хвостовую вену вводили р-р фенотезапама (0,05 мг/кг). После местной инфильтрационной анестезии проводили зигзагообразную скарификацию слизистой оболочки перегородки носа острым зондом в каудо-краниальном направлении. В 1-й группе (n=30) использовали 0,5 мл р-ра лидокаина (20 мг/мл), во 2-й (n=30) – 0,5 мл р-ра ультракаина (20 мг/мл). Во 2-й группе перед операцией и в течение 6 дней после нее внутривенно вводили раствор диклофенака натрия в дозировке 2 мг/кг. Фиксацию головного мозга проводили предтрупационно путем введения через сердце физиологического раствора, затем 10% р-ра формалина в течении 5–10 мин. После трепанации черепа мозг фиксировали 10% р-ром формалина. Получали 4 среза головного мозга во фронтальной плоскости с каждой крысы и окрашивали гематоксилином и эозином. Подсчитывали абсолютное количество ТН в субполях гиппокампа CA1, CA2, CA3 и зубчатую извилину (DG) на 2-е, 6 и 14-е сутки после операции, средние значения и стандартные ошибки. Для оценки достоверности различий между группами использовали тест Крускал-Воллеса и критерий Манн-Уитни при $p < 0,05$.

Результаты. На 2-е сутки после операции число ТН в CA2 было выше в 1-й группе ($p < 0,05$), а в CA3 и DG – во 2-й группе; в CA1 между группами никаких отличий не наблюдалось ($p < 0,05$): в CA1 отмечалось уменьшение ТН к 14-му дню в обеих группах, причем во 2-й группе на 6-й и 14-й дни их было меньше ($p < 0,05$). В CA2 на 6-й и 14-й дни забоя ТН преобладали в 1-й группе ($p < 0,05$). Причем во 2-й группе их количество снизилось, по сравнению с предыдущим сроком и с количеством ТН в 1-й группе ($p < 0,05$), а в 1-й группе на 6-й день произошел резкий скачок ТН, но на 14-е сутки их стало меньше по сравнению со 2-м днем ($p < 0,05$). В CA3 у 1-й группы наблюдался рост числа ТН на 6-й день и резкое падение на 14-й день ($p < 0,05$). Во 2-й группе число ТН с каждым сроком уменьшалось ($p < 0,05$) по сравнению с другими днями. На 14-й день во 2-й группе ТН было больше, чем в 1-й группе. В DG на 6-й день наблюдалось увеличение числа ТН в 1-й группе по сравнению со 2-й и со 2-м днем ($p < 0,05$). На 14-й день их численность в 1-й группе уменьшилась по сравнению с 6-м днем и со 2-й группой, но на 2-й день их было меньше, чем в указанный срок ($p < 0,05$). Во 2-й группе наблюдалась отрицательная динамика числа ТН, но на 14-й день их численность преобладала над таковой в 1-й группе ($p < 0,05$).

Выводы. Подсчет ТН в субполях CA1, CA2 и DG гиппокампа может служить критерием выраженности послеоперационного стресса и качества периоперационного анестезиологического пособия в эксперименте, но при соблюдении определенных методологических условий – предтрупационной перфузион-

ной фиксации головного мозга. Неполноценная анальгетическая и противовоспалительная постоперационная терапия косвенно приводит к возникновению патологического возбуждения нейронов с последующим их перерождением в ТН.

СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НОСА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ГИПОФИЗУ

Кунельская Н.Л.^{1,2}, Туровский А.Б.¹, Колбанова И.Г.¹, Годков И.М.², Летуновская М.С.¹

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

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Усовершенствование и активное развитие эндоскопической техники стало причиной широкого использования ее в различных областях хирургии. Почти за 25-летнюю историю применения данного оборудования при различных оперативных вмешательствах разработано множество щадящих и, главное, эффективных способов хирургического лечения большинства заболеваний, в т.ч. и аденомы гипофиза. Проведение аденомэктомии нейрохирургами трансназально трансфеноидально под контролем эндоскопа стало «золотым стандартом» хирургического лечения аденомы гипофиза. Преимуществами эндоскопического эндоназального доступа являются: потенциальное снижение операционного кровотечения, меньшее число послеоперационных осложнений и, соответственно, уменьшение числа дней госпитализации. Несмотря на большое число работ, посвященных трансфеноидальной аденомэктомии под контролем эндоскопа, объем анализируемого клинического материала, который оценивает влияние подобных операций на качество жизни пациентов, и в частности на функции носа, крайне мал. Более того, подчас сообщения имеют отрывочный и противоречивый характер.

Цель: оценка состояния дыхательной функции носа после трансфеноидальной аденомэктомии под контролем эндоскопа с помощью передней активной риноманометрии и акустической ринометрии.

Материал и методы. Это проспективное исследование, которое проводилось в КДО №1 ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ. Были обследованы 23 пациента до и через 3 месяца после хирургического лечения по поводу аденомы гипофиза, из них 18 пациентов были женского пола, 5 – мужского пола, в возрасте от 20 до 76 лет, средний возраст составил $55 \pm 9,7$ года. Всем пациентам проводили оториноларингологический осмотр: переднюю риноскопию, отоскопию, фарингоскопию. Осмотр дополняли проведением эндоскопического исследования после анемизации слизистой оболочки полости носа с использованием торцевого эндоскопа фирмы KARL STORZ, диаметром 2,7 мм, а также оценивали дыхательную функцию носа с помощью объективного метода – передней активной риноманометрии (ПАМ) на риноманометрическом комплексе RHINO-SYS в режиме Rinomanometry без анемизации слизистой оболочки полости носа. Больные были прооперированы в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского с использованием методики «эндоскопического эндоназального трансфеноидального удаления опухоли». На назальной фазе у 21 больного была выполнена

латерализация средней носовой раковины. На сфеноидальной фазе операции всем больным проведена резекция задних отделов перегородки носа на 1,0–1,5 см у рострума, передняя сфеноидотомия и коагуляция слизистой оболочки в области сфеноидального кармана для предотвращения кровотечения из веточек клиновидно-небной артерии. Септопластика в классическом исполнении не была проведена ни одному из больных. Все пациенты были успешно выписаны из стационара.

Результаты и их обсуждение. Проведенное оториноларингологическое дооперационное обследование выявило следующую патологию полости носа и околоносовых пазух: искривление перегородки носа – у 16, хронический ринит – у 18 пациентов. По результатам ПАРМ определена степень обтурации носовых ходов до операции: слабое нарушение проходимости носовых ходов (средняя скорость потока воздуха $396 \pm 42 \text{ см}^3/\text{с}$ при 150 Па) – у 9 пациентов, умеренно нарушенная проходимость (средняя скорость потока воздуха $224 \pm 36 \text{ см}^3/\text{с}$ при 150 Па) – у 11. После операции состояние носового дыхания несколько улучшилось, однако распределение пациентов по степеням нарушения носового дыхания осталось прежним. Разница между показателями вследствие небольшой выборки оказалась недостоверной ($p > 0,05$). По результатам исследования архитектоники полости носа при помощи акустической риноманометрии после хирургического вмешательства эндоскопическим трансназальным доступом четких закономерностей в изменении архитектуры носа обнаружено не было.

Вывод. Стандартный трансназальный транссфеноидальный эндоскопический доступ при аденомаэтомии (с резекцией задних отделов перегородки носа на 1,0–1,5 см у рострума) не приводит к нарушению дыхательной функции носа, напротив, отмечается некоторое увеличение суммарного потока носового дыхания (в среднем на $46 \pm 22 \text{ см}^3/\text{с}$ при 150 Па), по данным ПАРМ.

ВНУТРИНОСОВАЯ ХИРУРГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Григорьев А.Ю., Эдже М.А.

Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. Полость носа и околоносовые пазухи являются «естественным коридором» для проведения хирургических вмешательств за их пределами. Анатомо-функциональные нарушения в этих областях могут влиять как на ход трансназальной хирургии (ТХ) основания черепа, так и на течение послеоперационного периода.

Цель исследования: оценка влияния симультанной эндоназальной операции на интра- и послеоперационные параметры основной трансназальной операции и функциональную состоятельность носа.

Материал и методы. Объем выборки больных составил 62 пациента с патологией основания черепа. Хирургическое лечение проводилось в КМЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова. У 38 (61,3%) имелись функционально значимые анатомические изменения в полости носа. Дыхательную функцию носа оценивали с помощью метода передней активной риноманометрии и показателя суммарного сопротивления воздушному потоку (СС). Транспортную функцию носа оценивали методом сахаринового теста (критерий – среднее время мукоцилиарного клиренса –

ВМК)). Качество жизни (КЖ) изучали с помощью опросника SNOT-20. Тестирование проводили до операции, через 1, 3 месяца и 1 год после операции.

Были сформированы 4 группы больных: группа 1 – симультанные эндоназальные операции при ТХ (16 человек); группа 2 – предшествующие эндоназальные операции при ТХ (15 человек); группа 3 – отсроченные эндоназальные операции при ТХ (13 человек); группа 4 – отсутствие внутриносовой патологии и проведение только ТХ основания черепа (18 человек).

Результаты. Общее время трансназальной операции значительно не различалось по группам ($p > 0,05$). До и через месяц после операции наибольшее СС отмечено в группах 1 и 3 по сравнению со 2 и 4 ($p < 0,05$). Через 3 месяца после операции СС было наибольшим в группе 3 ($p < 0,05$). Через 1 год после операции СС значимые различия между группами отсутствовали. До и через месяц после операции наибольшее ВМК отмечено в группах 1 и 3 по сравнению с группами 2 и 4 ($p < 0,05$). Через 3 месяца после операции ВМК было наибольшим в группе 3 ($p < 0,05$). Через 1 год после операции значимые различия ВМК между группами отсутствовали. Наилучшие показатели КЖ по всем шкалам отмечены до операции в группе 2 и 4 по сравнению с группами 1 и 3 ($p < 0,05$). Через месяц во всех группах отмечалось ухудшение показателей по шкалам «нос» и «психическое здоровье» ($p > 0,05$). Через 3 месяца отмечено улучшение показателей шкал «нос» и «психическое здоровье» в группах 1, 2 и 4 по сравнению с группой 3 ($p < 0,05$). Через 1 год после операции значимые различия КЖ между группами отсутствовали.

Заключение. Симультанная внутриносовая хирургия значительно не увеличивает длительность основной трансназальной операции и позволяет осуществить все поставленные задачи одновременно. Функциональная состоятельность полости носа восстанавливается через 3 месяца после симультанной операции.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.

Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. Храп и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) является актуальной и во многом еще нерешенной медико-социальной проблемой, поскольку в настоящее время не существует единой концепции диагностики и стандартов оказания помощи пациентам, страдающим СОАС, в т.ч. в отношении методов хирургического лечения.

Цель исследования: усовершенствование методов диагностики и хирургического лечения пациентов с храпом и СОАС.

Материал и методы. С декабря 2017 по март 2018 г. в отделении оториноларингологии КМЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова проведено хирургическое лечение 17 пациентов с СОАС легкой и средней степенями тяжести в возрасте от 18 до 65 лет. Среди них было 14 (82 %) мужчин и 3 (18%) женщины. Комплексное обследование включало сбор жалоб, анамнеза, анкетирование, эндоскопию верхних дыхательных путей в состоянии бодрствования и медикаментозно-индуцированного сна, полисомнографию – ПСГ (до операции и через 1 месяц после нее), компьютерную томографию околоносовых пазух. Объем хирургического лечения зависел от уровней обструкции верхних дыхательных путей (ВДП).

Результаты. Были сформулированы следующие уровни обструкции ВДП: 1) верхний (полость носа и носоглотка); 2) средний (ротоглотка); 3) нижний (гортаноглотка). Из числа обследованных лиц обструкция на верхнем уровне выявлена у 2 (11%) пациентов. Им проведена септопластика (СП) в сочетании с коррекцией носовых раковин (НР). Средний уровень обструкции выявлен у 10 (58%) больных, из них 9 (53%) больным проведена увулопалатопластика (УПП), 1 (5%) – УПП+тонзиллэктомия (ТЭ). Одновременно два уровня (верхний и средний) выявлен у 7 (41%) пациентов, из них 3 (18%) была выполнена УПП+СП и коррекция НР, 1 (5%) – УПП+риносептопластика, 1 (5%) – СП и коррекция НР+удаление папилломы небной дужки, 1 (5%) – удаление шванномы носоглотки+СП и коррекция НР, 1 (5%) – одномоментно СП и НР+аденомотомия +ТЭ+УПП. По результатам ПСГ СОАС легкой степени выявлен у 11 (65%) пациентов, средней степени – у 6 (35%). Индекс апноэ/гипопноэ до операции составил $20,5 \pm 7,6$ в час, через 1 месяц – $9,8 \pm 4,5$ /час ($p < 0,05$). По результатам повторного анкетирования через 1 месяц полное исчезновение храпа отметили 12 (70%) человек, существенное уменьшение интенсивности храпа – 5 (29%) человек. Во всех наблюдениях послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы. ПСГ у пациентов с храпом и СОАС позволяет подтвердить диагноз, оценить степень тяжести заболевания и эффективность проведенного лечения. Одномоментное устранение причин обструкции на разных уровнях не осложняет течение послеоперационного периода, хорошо переносится пациентами и приводит к существенному уменьшению храпа и СОАС.

ПРИЧИНЫ И ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОЙ ОТОЛИКВОРЕИ

Кунельская Н.Л.^{1,2}, Федорова О.В.¹, Гаров Е.В.¹, Зеликович Е.И.¹

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

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Отоликворея встречается значительно реже назальной ликвореи. При этом спонтанная отоликворея (СО) составляет лишь 6–40% (G. Wolf et al., 1997; C. Banks et al., 2009). СО длительное время может оставаться недиагностированной, поскольку она менее очевидна, может носить интермиттирующий характер и проявляться лишь рецидивирующими менингитами. Выделяют 2 типа СО: I тип – ликворея возникает в области капсулы лабиринта при аномалиях развития внутреннего уха у детей, II тип – ликворная фистула формируется в области врожденных костных дефектов анатомически истонченной передней, реже – задней грани пирамиды у взрослых пациентов.

Материал и методы. За последние 12 лет в НИКИО им. Л.И. Свержевского были обследованы и пролечены 40 пациентов со СО I типа (COI) – 7 пациентов, II типа (COII) – 33 в возрасте от 1 до 75 лет. Шесть из 7 пациентов группы COI – это преимущественно дети младшего возраста (до 10 лет), 25 (75,8%) пациентов группы COII – это женщины в возрасте старше 55 лет. Сроки заболевания составляли от 8 мес. до 27 лет. Ранее проводили лечение 27 (67,5%) больным, в т.ч. и хирургическое. Клинически отоликворея у всех больных проявлялась выделениями из наружного слухового прохода и (или) выделениями из носа. Все пациенты отмечали слуховые нарушения от чувства заложенности уха до

полной глухоты. Менингиты в анамнезе наблюдались у 14 пациентов. Всем пациентам провели комплексное диагностическое обследование, включающее ЛОР-осмотр с отомикроскопией и эндоскопическим исследованием полости носа и носоглотки, тональную пороговую аудиометрию и тимпанометрию, КТ височной кости, консультацию нейрохирурга и эндокринолога и др. По данным КТ выявлены костные дефекты в области крыши антрума и аттика у 32 пациентов, задней грани пирамиды – у 2, в области канала лицевого нерва – у 1 и основания стремени при аномалиях развития внутреннего уха – у 6.

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение. Операции выполняли под общей анестезией, эндауральным доступом оперированы 11 пациентов, трансмастоидальным – 29. После локализации ликворной фистулы проводили ее послойную пластику аутоканьями по авторской методике (патент РФ на изобретение №2484777). Для пластики фистулы использовали аутохрящ, аутофасцию, жировую ткань и костную стружку. Слои пластики фиксировали фибрин-тромбиновым клеем и губкой Тахокомб. Всем больным группы COI и 26 больным группы COII перед операцией устанавливали люмбальный дренаж, который удаляли на 3–5-е сутки. В послеоперационном периоде назначали антибактериальную и дегидратационную терапию в течение 5–7 дней.

Результаты. Максимальные сроки наблюдения составили 12 лет. Рецидив отоликвореи наблюдали у 3 больных в группе COII.

Выводы. Таким образом, комплексная диагностика позволяет провести адекватное хирургическое лечение малоинвазивным экстракраниальным доступом и добиться стойкого положительного результата в большинстве случаев.

ФАРИНГОСПАЗМ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Прошина Л.Н.

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, филиал №1, Москва, Россия

Введение. Появившиеся во второй половине XX века новые достижения и направления в онкохирургии позволили создать новые методы реабилитации голоса, а также проанализировать подходы и возможности, базирующиеся на уже существующих методах. При восстановлении голоса у больных, перенесших ларингэктомию, логопеды, как правило, опирались на методику реабилитации предложенную С.Л. Таптаповой. В фониатрическом отделении ПВЛ №2, а позже НИКИО им. Свержевского прошли курс восстановления звучной речи 637 ларингэктомированных пациентов в возрасте от 26 до 78 лет. Реабилитационный курс включал занятия с логопедом; упражнения на улучшение функции внешнего дыхания, проводимые методистом ЛФК по методике Э.Я.Золотаревой. Сроки обучения в среднем составляли от 2 месяцев до 1 года. Эта продолжительность сроков реабилитации объяснялась, как правило, субъективными причинами, такими как:

- выраженная астенизация и наличие у пациента ряда соматических заболеваний;
- депрессивное состояние человека, перенесшего калечащую операцию и лишенного голосового общения;
- недостаточность самостоятельных занятий.

Результаты. Анализ результатов логопедической работы позволил разделить пациентов на четыре группы: пациенты I группы (40% больных) успешно овладели звучной речью хоро-

шего качества, в результате могли общаться в быту и даже на работе. Это позволило отнести их к категории «восстановление речи». При выписке этим больным рекомендовали только длительные самостоятельные занятия дыхательной гимнастикой. Пациенты II группы (30% больных) имели возможность общения истощаемым псевдоголосом, т.е. говорили отдельными фразами. Это позволило отнести их к категории «значительное улучшение». При выписке больным рекомендовали самостоятельные занятия по закреплению навыков общения псевдоголосом и длительные занятия дыхательной гимнастикой. Пациенты III группы (20% больных) имели возможность произнесения псевдоголосом отдельных слов (иногда очень коротких фраз). Это позволило отнести их к категории «улучшение». При выписке больным рекомендовали занятия по развитию навыков общения псевдоголосом и длительные занятия дыхательной гимнастикой. IV группа (10% больных) – в ходе логопедических занятий значительно улучшилась разборчивость и громкость шепотной речи, т.к. улучшилась артикуляционная составляющая речи, но стойкого (произвольного) звука псевдоголоса (даже в отдельных словах) на занятиях получить не удалось, несмотря на то что многие больные отмечали «движение» в пищеводе. Этим лиц мы отнесли к категории «без улучшения. При выписке пациентам бесплатно выдавали голосообразующий аппарат и рекомендации для длительных самостоятельных занятий дыхательной гимнастикой. На наш взгляд, нестабильность появления звука псевдоголоса; невозможность его произвольного вызывания, несмотря на наличие «движения» в пищеводе; сложность введения выработанного звука псевдоголоса в слова и фразы являются следствием фарингоспазма различной степени выраженности у пациентов III и IV групп.

За период 2016–2017 г. девять человек, входящих в III и IV группу, были направлены к онкохирургам на консультацию для решения вопроса о вторичной миотомии. Диагноз фарингоспазм был подтвержден. Онкохирурги провели вторичную миотомию с одновременной установкой голосового протеза, и больные в течение 2 недель заговорили псевдоголосом достаточной громкости, хорошего тембра.

Заключение. Анализ отдаленных результатов обучения звуочной речи позволяет говорить приблизительно о 60% развития фарингоспазма после ларингэктомии, хотя принято считать только 20–30%. Важна степень выраженности фарингоспазма, именно этот аспект влияет на возможность получения звука псевдоголоса и введения его в речь больного. Надеемся, что материал многолетней работы послужит для дальнейшего совершенствования методов голосовой реабилитации ларингэктомированных больных.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГРАНУЛЕМЫ ГОРТАНИ

Крюков А.И.¹, Вельтищев Д.Ю.², Романенко С.Г.¹, Зельтман А.Е.², Серавина О.Ф.²

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

²ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, Москва, Россия

Материал и методы. Обследованы 45 пациентов с неинтуационной гранулемой гортани (42 мужчины и 3 женщины; средний возраст – 48,04±8,36 года; длительность заболевания

– 22,8±25,43 месяца). Все пациенты были прооперированы, всем проводили курсы противовоспалительной и антирефлюксной терапии. Рецидив гранулемы возник у 27 (60%) больных.

Результаты. У 32 пациентов диагностировали гастроэзофагальный рефлюкс. Твердая атака, по данным компьютерного анализа, была диагностирована у 9 больных. Никто из пациентов не предъявлял жалоб на свое психическое состояние. У всех пациентов в соответствии с данными HADS были выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС). 30 пациентов прошли комплексное психолого-психиатрическое обследование. Отмечено преобладание хронических, длительно протекающих расстройств, в виде дистимий, рекуррентного депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства; а также значимые легкие и умеренные депрессивные эпизоды. В 86% случаев гранулема развивалась на фоне РТДС. Повышение голосовой нагрузки имелось у 36,6% пациентов. Анамнез социальных стрессов и внутрисемейных конфликтов выявлен у 48,8% больных. Наибольшую значимость (90,0%) для провокации РТДС имели хронические психотравмирующие факторы. Выраженная соматоформная симптоматика выявлена у 28,5%. Психотерапию получали 20 больных, из них только у 2 (10%) возник рецидив гранулемы. Сроки наблюдения составили 14 месяцев.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование выявило тесную взаимосвязь РТДС с гранулемой гортани. Психопатологическая структура РТДС характеризовалась высокой частотой и выраженностью тревожного синдрома. Результаты лечения этих пациентов с включением в комплекс лечебных мероприятий психотерапии показали хороший клинический результат. Полиэтиологический характер заболевания, высокий процент рецидивирования гранулемы требует мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов этой категории.

ВЫЯВЛЕНИЕ АНОМАЛИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Крюков А.И.^{1,2}, Царапкин Г.Ю.¹, Панасов С.А.¹

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

²Кафедра оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Тонзиллэктомия (ТЭ) является «рутинным» хирургическим вмешательством с отработанной методикой. Однако одним из частых интра- и послеоперационных осложнений ТЭ являются кровотечения. В зависимости от источника кровотечения могут быть сосудистыми и паренхиматозными, по характеру – артериальными и венозными, явного и скрытого характера. Частыми источниками кровотечений являются верхний угол миндалинковой ниши, где близко проходят гг. a. palatinae descendens, средняя треть небной миндалины с гг. a. palatinae ascendens и aa. tonsillaris. К нижнему полюсу небной миндалины прилежат a. linguales и a. maxillaris. Необходимость остановки кровотечений всегда носит фактический характер, учитывая объем проведения хирургического вмешательства.

Цель: изучить анатомо-топографические особенности взаимоотношения крупных сосудов шеи и небных миндалин.

Материал и методы. В исследование включены 232 пациента с хроническим тонзиллитом, из них 121 женщина и 111 мужчин в возрасте от 15 до 62 лет. Проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) сосудов головы и шеи. Исследование выполнялось на МР-томографе «Philips» (1,0 Тесла) с катушкой «голова-шея». Режимы диагностики: 1) Survey – последовательность для разметки исследования; 2) T2coronal – режим T2 для дифференциации тканей небной миндалины; 3) STIRaxial – режим с подавлением МР-сигнала от жировой ткани; 4) 3DI_VTFEaxial – режим ангиографии с толщиной среза 0,75 мм для первичной визуализации наружных сонных артерий; 5) 3DPCAscoronal – режим ангиографии со скоростью кровотока 45 см/сек и толщиной среза 0,9 мм для визуализации наружных сонных артерий на всем протяжении в зоне исследования; 6) 3DI_VTFEaxial – режим ангиографии с толщиной среза 0,75 мм и блоком 15 см для детальной визуализации ветвей наружных сонных артерий (АСЕ). Особенность метода – выявление крупных сосудов шеи: а. carotis externa (АСЕ), а. carotis interna (АСІ), v. jugularis interna (VJI), проходящих вблизи от капсулы небной миндалины, а также определение крупных ветвей АСЕ (а. lingualis, а. maxillaris), кровоснабжающих небные миндалины, по скорости кровотока без контрастных веществ.

Результаты. У 35 (30,2%) пациентов выявлены аномалии АСІ с двух сторон. В 17 (15,9%) случаях выявлена С- и S-образная извитость АСІ, в 11 (15,7%) случаях – перегибы, в 2 (2,9%) случаях – петли АСІ. Все аномалии АСІ располагались выше верхних полюсов небных миндалин. У 1 (1,4%) пациента выявлен перегиб правой АСІ, направленный в сторону небной миндалины, отстоящий на 9 мм от ее капсулы.

Выводы. МРТ сосудов шеи позволила выявить частоту встречаемости аномалий АСІ (30,2% от всех исследований). В 15,9% выявлена С- и S-образная извитость АСІ; в 15,7% – перегибы АСІ и в 2,9% – петли АСІ. В 1,4% случаев выявлен перегиб правой АСІ в сторону капсулы небной миндалины, что важно при ТЭ и говорит о необходимости более щадящего воздействия на ткани при проведении двусторонней тонзиллэктомии, в свою очередь приводящей к снижению развития интра- и послеоперационных геморрагических осложнений. Аномалий АСЕ и VJI в ходе исследования не выявлено.

ВОЗМОЖНОСТИ ГОЛОСОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

*Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия*

Введение. Голова и шея наиболее сложная анатомическая область для хирургических вмешательств. Сложность заключается не только в расположении в указанной локации жизненно важных органов, крупных сосудов и нервов, но и в социальной и коммуникативной функции органов головы и шеи. Данные обстоятельства диктуют выраженную востребованность функционально-щадящих подходов и необходимость высокоэффективного реконструктивно-восстановительного этапа при выработке и реализации плана лечения. Восстановление функций гортани после ее удаления одна из наисложнейших задач в хирургии головы и шеи, и несмотря на имеющиеся успехи, она еще не решена. Голосовая реабилитация пациентов после ларингэктомии возможна посредством формирования и трени-

ровки пищевого голоса. Данная методика известна давно, однако не все пациенты способны овладеть ей. Использование электронной гортани не дает достаточно качественного и разборчивого голоса. Последние десятилетия наибольшей популярностью пользуются голосовые протезы, обеспечивающие наилучший функциональный результат. Возможна установка голосового клапана сразу после удаления гортани или спустя некоторое время после операции. Целью данного вида хирургического вмешательства является улучшение качества жизни ларингэктомированных больных. Выполнение отсроченного трахеопищеводного шунтирования традиционно выполняется в условиях эндотрахеального наркоза, что не обосновано у пациентов с высоким анестезиологическим риском.

Алгоритм формирования трахеопищеводной фистулы. С целью упрощения методики отсроченного трахеопищеводного шунтирования у ларингэктомированных больных с тяжелой сопутствующей патологией нами разработан алгоритм для формирования трахеопищеводной фистулы под местной анестезией. Для этого под местной анестезией, в положении сидя, больному через рот в пищевод вводят гибкий фиброскоп до уровня трахеостомы. При помощи трансиллюминации определяют место будущей трахеопищеводной фистулы. Подвижный конец фиброскопа разворачивают в сторону передней стенки пищевода до контурирования его на задней стенке трахеи и формируют фистулу при помощи контактного хирургического лазера. Конец фиброскопа выводят в трахеопищеводное отверстие, а через канал фиброскопа выводят проводник, фиброскоп удаляют. К адоральному концу проводника фиксируют трахеопищеводный шунт и устанавливают в сформированную фистулу. Тем пациентам, которым возможно выполнение вторичного трахеопищеводного шунтирования в условиях эндотрахеального наркоза, мы предлагаем выполнять данный вид вмешательства при высокочастотной искусственной вентиляции легких. Это обеспечивает хирургу максимально комфортные условия при формировании трахеопищеводной фистулы и устраняет неудобства, связанные с расположением интубационной трубки в зоне хирургического интереса. Для этого мы применяем сочетанную высокочастотную вентиляцию легких. За счет наличия двух дыхательных блоков – нормочастотной и высокочастотной вентиляции, обеспечивается адекватное анестезиологическое пособие.

Заключение. Разработанный алгоритм формирования трахеопищеводной фистулы технически прост, позволяет производить установку трахеопищеводного клапана в амбулаторных условиях и у соматически ослабленных больных с высоким анестезиологическим риском. Выполнение вторичного трахеопищеводного шунтирования в условиях наркоза при сочетанной струйной вентиляции легких, обеспечивает комфортные условия для хирурга, позволяет снизить риск анестезиологических осложнений и сокращает время операции.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТО-, АЛЛО- И ГЕТЕРОМАТЕРИАЛОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

*Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия*

Актуальность. Число больных с рубцовыми стенозами шейного отдела трахеи и гортани, по данным различных авторов,

достигает 25% после продленной интубации, 52% после трахеостомии и составляет 3% от всех оториноларингологических больных. Предложено множество методик, начиная от эндоскопического бужирования до трансплантации трахеи. Наиболее распространенным методом лечения пациентов, имеющих рубцовый стеноз трахеи и подскладкового отдела гортани, в нашей стране являются многоэтапные хирургические вмешательства, суть которых заключается в формировании ларинготрахеостомы, иссечении рубцов в просвете трахеи и гортани, формировании нового просвета органа на различных стентах и последующая трахеопластика.

Основной проблемой, которую приходится решать при реконструкции передней и боковых стенок трахеи и гортани, является поиск адекватных материалов. Возможно применение ауто-, алло- и гетероматериалов, что имеет свои особенности.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с рубцовыми стенозами шейного отдела трахеи и гортани.

Задачи: 1. Сравнить результаты хирургического лечения пациентов с рубцовыми стенозами шейного отдела трахеи и гортани при использовании аутохряща, материалов «Аллоплант» и «Экофлон». 2. Модифицировать технику хирургического вмешательства при реконструкции боковой стенки трахеи с целью уменьшения инфекционно-воспалительных осложнений. 3. Определить особенности заживления раны шеи при использовании данных материалов.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 15 пациентов с рубцовыми стенозами шейного отдела и трахеи гортани в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст $39 \pm 4,6$ года), из них 13 (86,6%) мужчин и 2 (13,3%) женщины. Всем пациентам выполняли этапное хирургическое лечение, включающее формирование ларинготрахеостомы с иссечением рубцов, установку Т-образной силиконовой трубки в качестве дилататора. Дилатационный период длился не менее 6 месяцев, у всех пациентов наблюдался дефицит переднезаднего расстояния трахеи.

Больные были распределены в 3 группы по материалу для выполнения реконструкции: I группу составили 6 больных, у которых использовали собственный хрящ из реберной дуги; II группу составили 5 больных, которым применили «Аллоплант»; III группу составили 4 пациента, прооперированные с применением материала «Экофлон».

Мы модифицировали способ установки реконструктивного материала в область боковой стенки гортани и трахеи. Выполняли линейный разрез в области края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и формировали подкожный тоннель до края трахеостомы, куда помещали материал. Благодаря этому мы добивались увеличения переднезаднего расстояния трахеи, а доступ, отдаленный от трахеостомы, позволял избегать инфицирования раны. Аналогичную хирургическую технику применяли во II и III группах. В I и III группах не наблюдалось инфекционно-воспалительных осложнений со стороны раны и отторжения имплантата. Во II группе у 2 (40%) пациентов возникли местные инфекционно-воспалительные реакции, что потребовало удаления материала. Пациенты были реоперированы с применением собственного реберного хряща, осложнений не наблюдалось. Следует также отметить что у 1 (25%) пациента из III группы, в которой мы применяли «Экофлон», спустя 2 месяца после операции выявлен частичный выход имплантата у верхнего края трахеостомы в просвет последней. Это было ликвидировано иссечением выступающей части под местной анестезией, мобилизацией кожных лоскутов и наложением швов. Спустя 2–3 месяца после вос-

становления боковой стенки трахеи переходили к этапу закрытия трахеостомы. По способу пластики передней стенки трахеи пациенты были разделены на 4 группы: 5 (33,4%) пациентам восстанавливали переднюю стенку местными тканями, у 6 (40%) пациентов применили аутохрящ, у 2 (13,3%) пациентов использовался материал «Аллоплант» и у аналогичного числа больных – материал «Экофлон». Следует отметить, что для формирования передней стенки трахеи мы применили материал, аналогичный примененному для формирования боковых стенок трахеи у этих же пациентов. Осложнения на данном этапе реконструкции органов шеи возникли у 1 больного с материалом «Аллоплант» в виде нагноения раны и формирования свища.

Выводы.

1. Применение аутохряща при реконструкции боковых и передней стенок трахеи снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.
2. Формирование ложа для имплантации материала, для увеличения боковой стенки трахеи из доступа по краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.
3. Применение гетероматериала «Экофлон» при реконструкции боковых и передней стенок трахеи не уступает по эффективности применению аутохряща и не требует дополнительного хирургического вмешательства.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕГИОНАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Виноградов В.В., Дайхес Н.А., Решульский С.С., Сивкович О.О. ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия

Цель: повышение эффективности лечения пациентов с регионарными метастазами рака гортани и гортаноглотки в лимфатические узлы шеи.

Задачи.

1. Выработать тактику комплексного лечения больных метастатическим плоскоклеточным раком гортани и гортаноглотки, оценить 5-летнюю выживаемость после выполнения функционально-щадящих операций на первичном очаге и зонах регионарного лимфооттока.
2. Разработать модифицированные способы доступа для проведения шейной лимфодиссекции, оценить хирургические и онкологические результаты лечения.
3. Определить целесообразность использования комплексного интраоперационного нейромониторинга (КИОН) черепно-мозговых нервов (ЧМН) при выполнении шейной лимфодиссекции.

Материал и методы. В исследование включены 170 пациентов с III–IVb стадиями рака гортани и гортаноглотки с метастатическим поражением лимфатических узлов шеи. Все пациенты мужского пола в возрасте от 41 до 78 лет, средний возраст 61 год.

Больные разделены на сопоставимые по возрасту, полу и степени распространения опухолевого процесса группы: I – хирургическое лечение и послеоперационная дистанционная гамма-терапия (ДГТ) – 60 пациентов; II – предоперационная ДГТ и хирургическое лечение – 58 пациентов; III – неoadьювантная полихимиотерапия (НА ПХТ) – хирургическое лечение и послеоперационная ДГТ – 52 пациента.

Результаты. Показатель 5-летней выживаемости оказался выше в III группе, где проводилось комплексное лечение, и составил 34,6%. В I и II группах данный показатель равен 30% и 29,3% соответственно. Число модифицированных радикальных шейных лимфодиссекций всех типов (I, II, III типы) в первой группе составило 23 (38,4%) случая, во второй группе – 28 (48,3%), а в третьей группе – 23 (46,1%) соответственно.

При выполнении хирургического этапа лечения у 58 пациентов были применены модифицированные доступы для шейной лимфодиссекции:

- способ хирургического доступа для латеральной шейной лимфодиссекции;
- способ хирургического доступа для удаления клетчатки и лимфатических узлов шеи из линейного разреза;
- способ хирургического доступа для шейной лимфодиссекции с целью удаления метастазов в нижнем полюсе околоушной слюнной железы.

Сравнение результатов производилось со статистически сопоставимыми группами пациентов, оперированных с использованием доступа по Брауну и Крайлю. При оценке онкологической результативности выявлено, что лечение с применением указанных модифицированных методик не влияет на частоту продолженного роста, рецидива в области шейной лимфодиссекции, при этом функциональные результаты лечения оказались лучше. Для снижения частоты повреждения ЧМН предложен метод КИОН. В группу исследования включен 21 пациент в возрасте от 49 до 75 лет, средний возраст 62 года. Пациенты разделены на две группы, с визуальным контролем и КИОН при проведении шейной лимфодиссекции. У пациентов с применением КИОН парез добавочного нерва наблюдался в 27,2%, лицевого нерва – в 27,2%, диафрагмального и языкоглоточного нервов – в 9%. Стойкое нарушение функции добавочного и нижней ветки лицевого нервов возникло в 9% случаев. У пациентов с визуальным контролем поражение добавочного нерва имело место в 40%, нижних веток лицевого и диафрагмального нерва – в 50%, а языкоглоточного нерва – в 20% случаев. Паралич добавочного нерва развился у 20%, лицевого нерва – у 40%, языкоглоточного – у 10%, а диафрагмального нерва – у 30% пациентов.

Выводы. Использование комплексного метода лечения у больных III группы увеличивает 5-летнюю выживаемость на 4,6% и делает возможным выполнение функционально-щадящих операций на 2,2% больше по сравнению с I и II группами. Разработанные модифицированные способы доступа для проведения шейной лимфодиссекции сокращают число раневых осложнений на 5–7% по сравнению с классическими, не оказывая влияния на показатель безрецидивного течения заболевания. КИОН по сравнению с визуальным контролем позволяет достоверно снизить частоту необратимого поражения добавочного нерва на 11%, а нижней ветки лицевого – на 31%.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ

*Дайхес Н.А., Сивкович О.О., Трофимов Е.И., Виноградов В.В.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия*

Введение. Лечение больных местнораспространенным раком гортани является актуальной проблемой, что обусловлено ста-

бильно высоким уровнем заболеваемости. В последние годы разрабатываются методы комбинированного лечения плоскоклеточного рака головы и шеи с использованием таргетной терапии (ПХТ – полихимиотерапия), прицельно подавляющей опухолевые клетки. К таким препаратам относится цетуксимаб, который подавляет передачу сигнала от EGFR к ядру клетки, что ведет к угнетению пролиферации, метастазирования, инвазии; у опухоли возрастает чувствительность к повреждающим факторам, усиливается апоптоз.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных местно-распространенным раком гортани с использованием органосохраняющих операций, неоадьювантной ПХТ в сочетании с таргетными препаратами.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 75 больных местнораспространенным плоскоклеточным раком гортани, которые были разделены на три группы. В первую группу включены 35 больных, получивших хирургическое лечение, вторую группу составили 25 больных, которым выполнена неоадьювантная (предоперационная) ПХТ, а затем хирургическое лечение, третья группа 15 больных, которым проведена неоадьювантная таргетная ПХТ и хирургическое лечение. При выполнении хирургического этапа лечения выполнялись различные варианты резекции гортани – эндоларингеальные, фронто-латеральные и комбинированные.

Результаты. Трехлетняя общая и безрецидивная выживаемость составил в хирургической группе 83 и 80%, в группе неоадьювантной полихимиотерапии 88 и 84%, в группе неоадьювантной таргетной ПХТ 92 и 85% соответственно.

Выводы. Использование неоадьювантной таргетной ПХТ при комбинированном лечении больных местнораспространенным раком гортани более эффективно по сравнению с обычной неоадьювантной ПХТ и хирургическим лечением, позволяет добиться 3-летней выживаемости у 92% по сравнению с 88 и 83%.

ШИРОКОПОЛОСНАЯ ТИМПАНОМЕТРИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Пальчун В.Т.¹, Левина Ю.В.^{1,2}, Ефимова С.П.¹

¹Кафедра оториноларингологии Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

²ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Акустическая тимпанометрия дает возможность оценить состояние структур среднего уха на стандартной частоте 226 Гц. Новый подход к измерению акустического импеданса среднего уха стал возможен благодаря изучению показателей широкополосной энергии поглощения (Абсорбанс) и отражения (Рефлектанс), которые могут предоставить информацию о функции уха в более широком диапазоне частот от 220–8000 Гц. В 2013 г. данный метод был введен в широкую клиническую практику и в русскоязычной литературе получил название «широкополосная тимпанометрия», в зарубежной литературе – «wideband tympanometry». Данные для широкополосной тимпанометрии разнятся, проводятся исследования по дифференциально-диагностическим возможностям метода.

Цель исследования – сравнение показателей широкополосной тимпанометрии между группой здоровых добровольцев и группой больных экссудативным отитом и отосклерозом.

Материал и методы. В исследование включены 108 здоровых ушей здоровых пациентов, 31 ухо у пациентов с экссудативным отитом, 52 уха больных отосклерозом. Средний возраст исследуемых пациентов составил от 21 до 55 лет.

Широкополосные измерения поглощения звуковой энергии (Абсорбанс), показатель резонансной частоты проводились в диапазоне 226–8000 Гц в статическом режиме (Titan Interacoustics, Дания OtoAccess ver. 1.2.1). Оценивались показатели: максимальный коэффициент поглощения звуковой энергии (K_{\max}); частота максимального поглощения звуковой энергии структурами уха ($f_{\text{int. max}}$, Гц); частота повышения коэффициента поглощения от плато (точка перегиба; f_{min} , Гц) частота снижения коэффициента поглощения и переход к плато (точка перегиба; f_{max} , Гц); частотный диапазон, на котором активно менялась величина поглощения – разница между максимальной и минимальной частотой (Δf , Гц). Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считались отличия при $p < 0,05$.

Результаты. Показатели величины поглощения: у лиц без патологии слуховой системы не зависели от пола, возраста (21–55) и исследуемого уха. Статистически достоверные различия при экссудативном отите получены по четырем параметрам: снижение пика поглощения (K_{\max} , %) до 40%, смещение его ($f_{\text{int. max}}$, Гц) в область низких частот до 1700 Гц, изменение Δf до 3400 Гц за счет смещения (f_{min} , Гц) в нижний диапазон частот до 340 Гц. Статистически достоверные различия при отосклерозе получены также по четырем показателям: увеличение пика поглощения (K_{\max} , %) до 96%, его смещение в область высоких частот ($f_{\text{int. max}}$, Гц) до 2520 Гц, изменение Δf до 3800 Гц за счет смещения (f_{min} , Гц) в диапазон частот до 500 Гц. Показатель (f_{max} , Гц) не имел статистически значимых различий между группами и в среднем составил 4200 Гц. Резонансная частота у лиц без патологии слуховой системы составила 786 ± 103 Гц, при экссудативном отите показатель не регистрировался во всех случаях, при отосклерозе 1045 ± 250 Гц.

Заключение. Полученные нами результаты являются основой для комплексной диагностики состояния микромеханики структур уха при воспалительных и невоспалительных заболеваниях органа слуха.

ПРОЯВЛЕНИЕ НАЗАЛЬНЫХ И СИНОНАЗАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С МУЛЬТИМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Бабаев С.Ю.¹, Красильникова С.В.², Козаренко Е.А.¹,
Елисеева Т.И.², Шахов А.В.²

¹Центральный клинический военный госпиталь, Москва, Россия

²Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

Введение. Бронхиальная астма (БА) взаимосвязана с хроническими воспалительными процессами в слизистой оболочке носовой полости, которые лежат в основе таких заболеваний, как аллергический ринит (АР), хронический риносинусит, аденоиды, хронический полипозный риносинусит, приводящих к обструкции носового дыхания.

Цель: определение связи между назальными и синоназальными симптомами с клинической оценкой уровня контроля БА у детей с комбинацией АР/аллергического риносинусита и обструкции

носового дыхания. В частности, мы рассматривали, как коррелирует уровень контроля БА с симптомами АР/аллергического риносинусита в присутствии обструкции носового дыхания и без него.

Материал и методы. Мы исследовали взаимосвязь тяжести обструкции носового дыхания, которую оценивали с использованием анкет TNSS и SNOT-2, по сравнению с объективной обструкцией носового дыхания у 82 детей с БА и АР, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты. У всех пациентов был подтвержден АР, персистирующий (87,8%) и интермиттирующий (12,2%).

Сочетание АР с хроническим неспецифическим ринитом было диагностировано у 6,1% пациентов. Для пациентов этой группы было характерно персистирование патогенной и условно-патогенной флоры на слизистой оболочке носа. Гипертрофические изменения слизистой оболочки носа присутствовали у 4,8% обследованных детей с БА. Патология небных миндалин была обнаружена у 23,2% пациентов.

Мы провели исследование корреляции между результатами опросника, который отражает уровень контроля БА – АСQ-5, с одной стороны, и опросниками TNSS и SNOT-20, характеризующими носовые и синоназальные симптомы, с другой. Эти ассоциации изучались при делении пациентов на 2 группы с учетом отсутствия или наличия обструкции носового дыхания. Статистически значимой была связь между результатами клинической оценки уровня контроля БА с использованием теста АСQ-5 с носовыми (TNSS) и синоназальными (SNOT-20) симптомами. Это указывает на связь между уровнем контроля БА и выраженностью назальных и синоназальных симптомов у этих пациентов. Связь назальных симптомов (TNSS) и качества жизни (SNOT-20) с уровнем контроля БА (АСQ-5) явно выше было у пациентов первой группы, у которых отсутствовала комбинация АР с обструктивными заболеваниями носа, чем у пациентов второй группы, имеющих комбинацию астмы с АР и обструкцией носового дыхания.

Выводы. Результаты показывают, что наличие патологии из группы носовых обструктивных расстройств у детей с БА и АР оказывает существенное влияние на взаимосвязь тяжести симптомов БА с носовыми и синоназальными симптомами.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Д.С. Горбачев, Т.А. Леонгардт, Н.Н. Харитоновна
ФГБВОУ ВПО «ВМА им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург,
Россия

Введение. Эндоскопическая эндоназальная хирургия (ЭЭХ) околоносовых пазух (ОНП), широко применяемая в настоящее время, может осложняться повреждением глазницы и глазничного органокомплекса. Характер и тяжесть повреждения определяют метод лечения и исход. ЭЭХ ОНП – щадящий и эффективный метод лечения, который широко применяется в нашей стране и за рубежом. При его применении наиболее часто встречаются осложнения со стороны органа зрения. Для их эффективного лечения необходима своевременная диагностика с участием офтальмолога. В целях единого подхода к оценке тяжести осложнений необходима клиническая классификация. Существующие классификации не содержат конкретных

офтальмологических признаков, оценивающих степень тяжести осложнений со стороны органа зрения. Мы предложили классификацию этих осложнений.

Цель. Создать единый образец объективной оценки тяжести офтальмологических осложнений ЭЭХ ОНП.

Материал и методы. Проанализирован характер поврежденных глазницы и глазничного органоконтекста при выполнении ЭЭХ у 10 больных в возрасте от 28 до 70 лет с учетом большого опыта диагностики, лечения и исходов повреждений глазницы.

Результаты. Выделено 4 степени тяжести осложнений: легкие, вызванные реактивным отеком, эмфиземой тканей век и глазницы, кровоизлиянием в полость глазницы с полным восстановлением двигательных и зрительных функций в течение 1 месяца; средней тяжести – с полным восстановлением функций в течение 2 месяцев или с незначительными или умеренно выраженными стойкими нарушениями (смещение глазного яблока до 3 мм, двоение далее 30° от точки фиксации, двоение при взгляде вниз, не препятствующее чтению); тяжелые – парез глазодвигательных мышц с отклонением глазного яблока до 15° при частичной сохранности функции пораженной мышцы, диплопия при взгляде прямо или в пределах 30° от точки фиксации, вниз, препятствующее чтению, смещение глазного яблока более 3 мм, птоз, лагофтальм, слезотечение, продолжительность лечения до года, временное или частичное нарушение трудоспособности; особо тяжелые – выраженные стойкие функциональные и косметические нарушения, паралич мышц глазного яблока, его отклонение более 15°, отсутствие подвижности даже в одном направлении, тотальная диплопия, обширные выпадения поля зрения, лечение более года, инвалидность.

Выводы. Для единого подхода к определению тяжести офтальмологических осложнений ЭЭХ ОНП необходима единая клиническая классификация. Диагностика, оценка тяжести, лечение при офтальмологических осложнениях ЭЭХ ОНП должны проводиться офтальмологом.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЪЕКТИВНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПОСЛЕ ОТОТОКСИКОЗА

*Ишанова Ю.С., Рахманова И.В., Полушкина О.Б., Зоненко О.Г.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия
МДГКБ ДЗМ, Москва, Россия
ФГБУ РДКБ, Москва, Россия*

Введение. Ототоксическая терапия в детской практике применяется по жизненным показаниям у недоношенных детей, детей, проходящих лечение в отделениях муковисцидоза (МВ) и онкологическом. Частота нарушений слуха у недоношенных детей зависит от возраста гестации, от сочетания применения с диуретиками и может достигать, по данным разных авторов, от 14–22% (D. Stephens, JСIП, 2000; D. Tibussek, 2002). У детей с МВ патология со стороны слуха может достигать 78% (У. Tarshish, 2016), а у детей, получающих препараты платины – в 40–56% случаев (К.Р. Knight и соавт., 2017). Необходимо отметить, что аудиологический контроль данных категорий больных осуществляется: у недоношенных при выписке со второго этапа выхаживания, пациенты с МВ обследуются только при наличии жалоб, детей после полиохиомтерпии (ПХТ) контролируют в момент введения препаратов платины, дальнейший контроль слуха производится при наличии жалоб.

Целью работы было скрининговое исследование состояния слуха детей после ототоксикоза и не предъявляющих жалоб на снижение слуха.

Материал и методы. Для решения поставленной цели было проведено исследование у 123 недоношенных детей, обследованных в 1-й год жизни (средний возраст гестации $32,8 \pm 0,5$ недели), детей, больных МВ, проходивших лечение в специализированном отделении и неоднократно получавших ототоксические антибиотики (45 детей в возрасте $7,3 \pm 3,5$ года), и 18 детей, проходивших лечение в специализированном отделении и получавших ПХТ (цисплатин, карбоплатин, винкристин, метотрексат, этопозид, доксорубин, темодал). В качестве контроля были обследованы доношенные дети 1–4 лет (20 детей, $3,4 \pm 1,3$ года). Аудиологическое обследование заключалось в регистрации ПИОАЭ (F2=1, 2, 4, 6 кГц), тимпаногаммы (226, 1000 Гц). Аудиометрия проводилась на приборе GSI 67 (США) на частотах от 500 Гц–12 кГц у детей соответствующей возрастной группы.

Результаты. Только у детей, больных МВ, в 13,3% было выявлено наличие экссудативного среднего отита (6 детей). Данные дети были исключены из дальнейшего обследования. Тест ПИОАЭ был пройден на оба уха к 1-му году жизни у всех обследованных недоношенных детей. Усредненное значение ответа от тестируемых частот составило $10,8 \pm 0,6$ дБ. Отсутствие вызванного ответа при проведении ПИОАЭ из 39 детей, больных МВ наблюдалось 7 (18%) детей на одно ухо и у 10 (25,6%) детей на оба уха, у 22 (56,4%) детей тест пройден на оба уха. Усредненное значение ответа от тестируемых частот составило $2,2 \pm 2,7$ дБ для детей, прошедших тест. У детей, получавших ПХТ, тест ПИОАЭ не пройден у 6 (33,3%) детей на оба уха, тест ПИОАЭ пройден на оба уха у 12 детей. По результатам аудиометрии высокочастотная сенсоревральная тугоухость (4–8 кГц более 40 дБ нПс) была зарегистрирована у 4 детей на оба уха. Усредненное значение ответа от тестируемых частот составило $7,8 \pm 1,3$ дБ среди детей, прошедших тест. У детей группы контроля усредненное значение ответа от тестируемых частот составило $8,4 \pm 1,6$ дБ.

Заключение. Среди обследованных детей, не предъявляющих жалоб на снижение слуха, в группе МВ были выявлены 13,3% детей с патологией среднего уха, 43,6% – с патологией наружных волосковых клеток (НВК), а у детей с онкологическими заболеваниями в 33,3% не было ответа от НВК. Наименьшие усредненные значения были получены у детей, больных МВ. Таким образом, в обследованных группах явления ототоксикоза выявлены в различной степени. Диспансерный осмотр у данной категории детей обязательно должен включать осмотр ЛОР-врача с аудиологическим обследованием для раннего выявления возможных отклонений с целью обеспечения своевременной коррекции слуха.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ТРАВМАТИЗАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Кастыро И.В., Иноземцев А.Н., Попадюк В.И., Торшин В.И., Хамидуллин Г.В., Баринов А.В., Гулинов К.А., Ермакова Н.В.
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия*

Цель исследования: оценить воздействие повреждения слизистой оболочки перегородки носа на поведенческие реакции у крыс в эксперименте.

Материал и методы. Исследовали 20 крыс в открытом поле до (контроль) и спустя 2 суток после проведения скарификации слизистой оболочки полости носа под общей анестезией золетилом (1-я группа, n=10) и сочетанием золетила с инфльтрационной анестезией новокаина (2-я группа, n=10).

Результаты. Во 2-й группе достоверное реже наблюдалось исследование центральных и периферических секторов, центральных и периферических норок ($p<0,05$) по сравнению с 1-й группой и данными до операции. Время замирания достоверно не различалось между группами и было больше при сравнении с данными контроля ($p<0,05$). Груминг дольше всего наблюдался у крыс 1-й группы, а данные контроля не отличались от данных крыс 2-й группы ($p<0,05$). Число стоек было меньше у крыс 2-й группы по сравнению с 1-й группой и данными до операции ($p<0,05$).

Заключение. Хирургическое вмешательство на перегородке носа оказывает действие на примере периферической двигательной активности, что проявляется в угнетении двигательных реакций под воздействием препаратов, более выраженном во 2-й группе. Можно также отметить, что привыкание как показатель неассоциативной памяти не нарушено во 2-й группе в отличие от 1-й группы.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБКЛАДОЧНЫХ КЛЕТОК ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ВЫСТИЛКИ ЧЕЛОВЕКА В РЕГЕНЕРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Воронова А.Д.^{1,2}, Степанова О.В.¹, Чадин А.В.¹, Валихов М.П.¹, Сидорук К.Н.², Решетов И.В.³, Чехонин В.П.^{1,2}

¹ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского», Москва, Россия

²ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

³УКБ №1 ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. На сегодняшний день хирургические и медикаментозные методы лечения пациентов с повреждениями центральной нервной системы остаются малоэффективными. Одним из развивающихся направлений для лечения таких пациентов является регенеративная медицина. Особенно перспективна медицина персонализированная, для которой важно создание аутологичных и тканеспецифичных клеточных препаратов. В качестве перспективного источника для получения таких препаратов рассматривается обонятельная выстилка носа. Наиболее изученными являются обкладочные клетки обонятельной выстилки носа, которые показали положительные результаты в ряде экспериментальных исследований и клинических испытаний. Они успешно применялись в исследованиях при острых травматических повреждениях спинного мозга. Однако эффективность их использования при посттравматических кистах спинного мозга оставалась неизученной.

Целью данного исследования была оценка эффективности применения обкладочных клеток человека в терапии экспериментальных кист спинного мозга.

Материал и методы. Обкладочные клетки были получены из обонятельной выстилки человека. Терапевтический эффект был изучен на моделях посттравматических кист спинного мозга крыс. Формирование кист было подтверждено с помощью МРТ. Трансплантацию обкладочных клеток проводили в различных количествах. Контрольной группе вводили среду без клеток. Динамику восстановления двигательной активности определяли с помощью ВВВ-теста в течение 4 недель после трансплантации.

Результаты. Была изучена эффективность применения обкладочных клеток человека (750 тыс., 1,5 млн) в терапии экспериментальных кист спинного мозга. В течение всех 4 недель наблюдалась положительная динамика восстановления двигательной активности задних конечностей крыс по шкале ВВВ. При этом был выявлен нейропротективный эффект данного числа клеток.

Выводы. Полученные положительные результаты по использованию обкладочных клеток обонятельной выстилки человека на моделях посттравматических кист спинного мозга создают предпосылки для их дальнейшего успешного применения в регенеративной медицине для лечения пациентов.

Работа была поддержана грантом РНФ 17-15-01133: Изучение терапевтического эффекта нейральных стволовых/прогениторных и обкладочных клеток обонятельной выстилки носа при экспериментальной травме спинного мозга.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯЗЫКА

Кульбакин Д.Е.^{1,2,3,4}, Чойнзонов Е.Л.^{1,3,4}, Мухамедов М.Р.^{1,3}

¹ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Томск, Россия

²Национальный исследовательский томский государственный университет, Томск, Россия

³ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Томск, Россия

⁴ФГБОУ ВО «Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники», Томск, Россия

Введение. Вопросы лечения и реабилитации больных опухолями языка остаются сложной проблемой современной клинической онкологии. Выбор реконструктивного материала и возмещение послеоперационных дефектов языка у онкологических больных является сложной проблемой современной реконструктивной хирургии.

Цель. Оценить функциональные и онкологические результаты реконструктивных операций у больных раком языка.

Материал и методы. За период с 2012 по 2017 г. на базе отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ выполнено 33 реконструктивных операций больным злокачественными опухолями языка. По стадиям: T2 – 9; T3 – 22; T4 – 4. По наличию регионарных метастазов в лимфатические узлы шеи: N1 – 9, N2 – 3.

По размерам дефекта языка пациентов разделили следующим образом: до 1/2 языка – 15 случаев, больше 1/2 языка – 9 случаев и тотальный дефект языка – 10 случаев. В качестве реконструктивного материала использовались свободные реvascularизированные лоскуты (15 случаев): кожно-фасциальный лоскут с переднебоковой поверхности бедра – 8; суральный кожно-фасциальный перфорантный лоскут – 5; лучевой лоскут – 2. Также использовались перемещенные (ротированные) лоскуты

– 19 случаев: подбородочный лоскут – 12; кожно-мышечный пекторальный лоскут – 7.

Результаты. Функциональные результаты (питание и речь) были лучше в группе с дефектом до 1/2 языка по сравнению с другими группами пациентов. У пациентов после глосэктомии функции восстанавливались в течение длительного времени (от 1 до 6 месяцев), и в большинстве случаев нуждались в постоянной трахеостоме (в 8 из 10 случаев). Разницы в функциональных и косметических результатах между использованием свободных и ротированных лоскутов при реконструкции тотальных дефектов языка мы не отметили.

Рецидивы после проведенного лечения отмечены в 11 (33%) случаях, из них местный рецидив – 8 (24%) случаев, метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов шеи – 3 (9%) случая.

Заключение. Реконструкция языка с использованием свободных и ротированных лоскутов значительно улучшает функциональные результаты и качество жизни прооперированных пациентов. При реконструкции тотальных дефектов языка предпочтительно использовать ротированные лоскуты. Ввиду длительного и неполного восстановления самостоятельного питания после реконструкции тотальных дефектов языка, с пациентом необходимо обсуждать возможность выполнения ларингэктомии.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №16-15-00038).

ВЫБОР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОСПОЛНЕНИИ ДЕФЕКТОВ, КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Усатов Д.А., Медведев Ю.А.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ФGAOU ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Проведено экспериментально-морфологическое исследование с целью изучения остеопластических пористого волокнистого никелид титана (TiNi) при восполнениях дефектов тела нижней челюсти живой биологической модели (кролик).

Цель исследования. Изучение остеопластических свойств пористого волокнистого никелид титана с целью определения критериев адекватного хирургического лечения, возможности применения его в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Материал и методы. При выполнении настоящего исследования для заполнения костных полостей были использованы пористый гранулированный и волокнистый NiTi. Исследования выполнялись на кроликах породы Шиншилла массой 2,5–3 кг, содержащихся в стандартных условиях вивария. Кроликам опытной группы под золептиловым наркозом и инфльтрационной анестезией выполнялось скелетирование альвеолярного отростка и тела нижней челюсти, фиссурным бором формировался костный дефект диаметром 5 мм. Дефекты заполняли гранулированным или волокнистым NiTi, затем укрывали сеткой из пористого NiTi соответствующего размера, который выполнял роль мембраны. Раны над дефектом послойно ушивали. У кроликов контрольной группы дефект не заполнялся и заживал под густком.

Животные выводились из эксперимента на 30-е, 90 и 180-е сутки, затем производился забор биологического материала,

включая как область дефекта, так и окружающие неповрежденные ткани, с целью проведения гистологического исследования. Фрагменты костной ткани фиксировали первоначально в 10% растворе формалина. В дальнейшем исследуемый материал подвергался декальцинации в 10%, а затем и в 5% растворе азотной кислоты, затем промывался в 70% спирте и водопроводной воде. Материал обезжизивали с помощью применения комплексной спиртовой проводки, заливали в парафин. Гистотопографические срезы, толщиной 7 мкм получали на санном микротоме, окрашивали гематоксилином и эозином. Окрашенные срезы заключали в синтетическую среду БиоМаунт.

Результаты. В опытных группах, где использовался волокнистый или гранулированный NiTi, заполняющий костный дефект, заживление последнего заметно отличалось от контрольной группы. Общим для опытной группы было значительно более быстрое заполнение дефекта регенерирующей костной тканью. Активность костной регенерации была различной в разные сроки наблюдения у животных в группе. Полная регенерация костной ткани наблюдалась на 180-е сутки, дефекты были заполнены костными трабекулами, по расположению схожими с рисунком здоровой кости. Сосуды дифференцированы. В бывшем дефекте происходило окружение и прорастание имплантата новообразованной костной тканью. Дистрофических, а также некротических изменений в окружающих тканях не обнаружено.

Выводы. По сравнению с контрольной группой дефекты, заполненные NiTi, продемонстрировали лучшую динамику заживления, более быстрое образование костных трабекул, похожих на нормальные. Это подтверждает остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства материала. Прорастание имплантата костной тканью подтверждает остеопластические свойства NiTi.

ON THE ISSUE OF STANDARDIZATION IN PLASTIC SURGERY

Petrosyan K.A., Grigoryan Ch.A., Katayan Sh.H.

Plastic Surgery Department of YSMU after M. Heratsi, Yerevan, Republic of Armenia

The standard operation is a historically established and pathogenically necessary volume of surgical intervention that can be sufficient for radical treatment of a particular pathological process. However, in plastic surgery there are frequently occurring situations, when it is impossible to use traditional methods of plastic surgery

In these cases, to perform complex, ambiguous and therefore non-standard operations, unique judgment and approach are necessary. Due to the complexity of the clinical situations, a volume of these kind of operations is not limited to one single surgery and not even to one specialty and therefore, necessity arises of reoperations, where the volume and type of each subsequent outcome depends on the previous one.

There is no need in proving that segmentation of clinical situations and accordingly types of plastic surgeries on standard and nonstandard is competent.

A new approach from the perspective of non-standard CS requires admitting a concepts of non-standard operations - non-traditional approaches, taking and forming of non-classical complex of tissues and the maintaining of non-standard postoperative period.

Identifying what can cause of the in non standard situations emergence and systematization of the indications for non-standard

operations can give opportunity to plastic surgeons on the timely detection of unusual situations and choosing the effective surgical technique during his clinical practice. The main goal of this research shows that in difficult and unusual cases, atypical clinical and non-traditional operation often the method of choice and can define the standards of treatment and correction in plastic surgery.

Anything, that appears today in surgery appears non-standard, tomorrow becomes standard or acceptable, as for certain period of time new technologies became new and unusual. The main directions of our research were the study and systematization of non-standard and problematic situations in plastic surgery, to determine the optimal method of choice for solving complex problems, which earlier considered to be banned, and improvement of the surgical results, treatment and correction of congenital and acquired diseases, deformities and injuries of different areas of the human body and limbs

A detailed analysis of the causes and mechanisms of development of non-standard situations, organize readings to nonstandard operations arm the plastic surgeons on the timely identification and assessment of non-standard situation, the choice of different pathogenetic tactics and ways to implement the most appropriate and effective surgical intervention in clinical practice.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Панкратов А.С.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Осложнения переломов костей лицевого скелета остаются актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии. Согласно действующим клиническим рекомендациям (протоколам лечения), принятым СтАР, частота развития осложнений при повреждениях нижней челюсти (НЧ) остается на уровне 15% при закрытых переломах и 19% – при открытых. Из них более половины приходится на осложнения воспалительного характера. Медицинскую помощь пациентам соответствующей категории предлагается осуществлять согласно протоколу лечения для данного заболевания, разработка которого, таким образом, становится неотложной задачей. Наши предыдущие исследования, основанные на ретроспективном анализе архивного материала, показали, что основной причиной развития осложнений явилось отсутствие стабильного соединения костных фрагментов, что является первоочередным условием для обеспечения нормального течения процесса костной регенерации и профилактики осложнений. Соответственно мы разработали алгоритм оперативного лечения пациентов с воспалительными осложнениями переломов НЧ, основным принципом которого является обеспечение стабильной фиксации отломков в сочетании с активной антибактериальной терапией. В целях реализации данного принципа мы полностью отказались от применения методов внеочагового остеосинтеза как неудовлетворяющих требованию создания параметров стабильности фиксации. Несмотря на близость к очагу воспаления, во всех случаях использовались различные конструкции на костных фиксаторов, выбор которых производился в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения настоящего хирургического алгоритма в широкой клинической практике.

Материал и методы. Настоящий алгоритм применен у 384 пациентов с воспалительными осложнениями переломов НЧ, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова – клинической базы кафедры.

Результаты. У подавляющего большинства пациентов достигнуто полное выздоровление с гладким течением клинического процесса. У 41 человека экссудативные явления после выполнения операции секвестрэктомии с остеосинтезом НЧ сохранялись до 8–11 суток. У 9 (2,3%) человек наблюдались случаи абсцедирования в отдаленном послеоперационном периоде, которые были купированы. У 4 (1,04%) человек выздоровление не было достигнуто. Один из них страдал сахарным диабетом, трое перенесли гепатитом С. Среди последних один пациент не отрицал приема наркотических средств в анамнезе. По клиническому течению процесс у него скорее напоминал остеонекроз на фоне развития дизморфиновых препаратов с прогрессированием явлений костной деструкции.

Выводы. Хирургический протокол лечения пациентов с воспалительными осложнениями переломов НЧ, основанный на четком соблюдении требований оперативных технологий и доказательной медицины, доказал свою эффективность на большом клиническом материале и может быть рекомендован к широкому применению. В группе риска остаются пациенты, страдающие заболеваниями печени, сахарным диабетом, принимавшие наркотические препараты, перенесшие облучение.

ОСТЕОНЕКРОЗЫ ЧЕЛЮСТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Жидовинов А.В., Пшеничная Н.П., Солтовец М.И.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Введение. Длительное использование бисфосфонатов у пациентов с онкологическими и системными заболеваниями нередко способствует развитию остеонекрозов (ОН) различной локализации, в т.ч. с поражением нижнечелюстной кости. Актуальность проблемы обусловлена неснижающейся частотой осложнений, которая по сведениям ряда авторов достигает 12% [1]. Представленный анализ литературных данных направлен на изучение данной проблемы и поиск способов ее решения.

Цель: изучить текущее состояние проблемы бисфосфонатного ОН челюсти (БОНЧ).

Задачи:

1. Изучить особенности клинической картины БОНЧ;
2. Сформулировать рекомендации по профилактике осложнений, развивающихся у пациентов с БОНЧ.

Материал и методы. Проведен анализ научных статей и журналов.

Результаты и обсуждение. Впервые информация об ОН челюстей у пациентов, получающих бисфосфонатную лекарственную терапию, была опубликована в 2003 г. [6]. На основании полученных клинических данных производители лекарственных препаратов сформулировали рекомендации для пациентов, онкологов, стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. Бисфосфонаты, обладая антирезорбтивным свойствами и предотвращая потерю костной массы, показаны

для профилактики и лечения остеопороза, болезни Педжета, паранеопластической гиперкальциемии. Противоопухолевый эффект широко используется при метастатическом поражении костной ткани, множественной миеломе и других онкологических заболеваниях [2, 3]. Используемые для лечения два класса бисфосфонатных препаратов (азотсодержащих и без содержания азота) характеризуются наличием побочных эффектов и осложнений с клиническими признаками интоксикации и некроза костной ткани [4, 5]. ОН возникает чаще на нижней челюсти, чем на верхней. Сочетанное повреждение челюстей встречается редко [7]. Поражения костной ткани имеют различные размеры, локализацию и степень тяжести. Патогенез ОН характеризуется длительным периодом и включает 4 стадии. Позднее обращение пациентов за помощью обусловлено тем, что лишь на 2-й стадии заболевания появляются боли, основной источник беспокойства для большинства пациентов. Позднее обращение за помощью затрудняет изучение патофизиологических механизмов лежащих в основе БОНЧ. Известно, что бисфосфонаты ингибируют пролиферацию эндотелия, затрудняют внутрикостную циркуляцию и костный кровоток, способствуя развитию ОН [8]. Сообщается, что первые клинические признаки БОНЧ проявляются через 6–60 месяцев после начала лечения и обусловлены наличием в костной ткани чрезмерно накопленного препарата. В результате этого кость челюсти (частично или полностью) становится хрупкой как мел и со временем может обнажаться [9]. Это является причиной сильной боли, а также вызывает проблемы во время приема пищи, разговора, проведения чистки зубов. Предшествующими событиями развития БОНЧ чаще всего являются локальные факторы: удаление зубов, заболевания периодонта, мандибулярные экзостозы, установка дентальных имплантов и общие, способствующие распространению инфекции [10]. Кости челюсти наиболее уязвимы к инфекции, являются своего рода «мишенью», поскольку полость рта имеет тонкую слизистую оболочку. [9]. Сообщалось, что БОНЧ чаще всего встречался у пациентов, которые получали золедроновую кислоту, гораздо реже отмечался при приеме пероральных бисфосфонатов. Ключевым фактором этих путей введения является биодоступность. Распространенность ОН челюсти у пациентов, принимающих пероральные бисфосфонаты, варьируется от 0,07 до 0,10% [3]. Биодоступность парентерального введения повышает эффективность препарата, но может являться причиной более высокой распространенности БОНЧ, которая достигает 20% [5]. Считается, что заболеваемость БОНЧ является низкой в течение 6 месяцев после начала терапии бисфосфонатом, и поэтому пациенты, которые только начали эту терапию, должны пройти тщательную оценку и лечение зубов, если это не было проведено профилактически. Всем пациентам, которые начинают принимать бисфосфонаты, рекомендуется определить факторы риска БОНЧ (травмы челюсти, активная зубная инфекция, удаление зубов), регулярно проходить стоматологическое обследование, поддерживать хорошую гигиену полости рта и обязательно сообщать о любых симптомах, локализованных в полости рта. Следует избегать хирургических вмешательств без предварительной подготовки. Целью лечения ОН челюсти является предотвращение потери костной массы, стимулирование роста новой кости. Существующие два основных метода лечения БОНЧ: антибактериальный курс, симптоматическая терапия и хирургическое лечение. Необходимость своевременного информирования о существующих рисках развития

БОНЧ является наиважнейшей для пациентов, и начало терапии бисфосфонатами должно быть отложено до полной санации полости рта.

Выводы. При назначении бисфосфонатов врачу необходимо руководствоваться индивидуальными особенностями пациента с учетом существующей вероятности развития БОНЧ. Максимальное информирование пациента о предвестниках развития БОНЧ необходимо для ранней диагностики и имеет решающее значение для предотвращения чрезмерной потери костной массы. С целью снижения рисков развития БОНЧ необходимо проводить профилактические процедуры – санацию полости рта перед началом терапии с последующим регулярным наблюдением у врача стоматолога с соблюдением основных принципов гигиены полости рта.

Литература

1. Слетов А.А., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Можейко Р.А., Локтионова М.В., Супьянов Т.М. Диагностика и прогнозирование хирургического лечения пациентов с остеонекрозами и асептическими остеомиелитами челюстных костей. *Крымский терапевтический журнал*. 2017;1:73–7.
2. Слетов А.А., Жидовинов А.В., Можейко Р.А., Локтионова М.В., Супьянов Т.М. Сравнительный анализ эффективности визуальных методов диагностики у пациентов с остеонекрозами асептическими остеомиелитами челюстных костей. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2017;1(61):78–82.
3. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Можейко Р., Локтионова М.В., Супьянов Т. Эндovasкулярный способ диагностики остеонекрозов и асептических остеомиелитов челюстных костей. *Врач*. 2017;10:73–4.
4. Жидовинов А.В., Михальченко Д.В., Слетов А.А., Локтионова М.В. Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами челюстей. *Клиническая стоматология*. 2016; 2(78):63–6.
5. Sirak S., Aybazov M., Kobylkina T., Shchetinin E., Sletov A., Grimm W.D. Osteogenic potential of porous titanium: an experimental study in sheep. *J. Dent. Res.* 2017; 96(SA):A1332.
6. Grimm W.D., Didenko N.N., Duncan W., Fritsch T., Giesenhagen B., Hakki S., Shchetinin E., Sletov A., Vladimirova O., Vukovic M., Sirak S. Osteoporotic sheep mandibular model for comparative dental implant research. *J. Dent. Res.* 2017;96(SA):A2369.
7. Fritsch T., Aybazov M., Didenko N., Giesenhagen B., Sirak S., Sletov A., Tebyakina S., Grimm W.D. Osseointegration of newly developed ceramic implants in osteoporotic sheep. *J. Dent. Res.* 2017;96(SA):A3915.
8. Sirak S.V., Sletov A.A., Mozheyko R.A., Kirpichnikov M.V., Zhidovinov A.V., Yarygina E.N. Clinic-and-diagnostic effects of the direct angiography at medicamentous osteonecroses of maxillary bones. *International J. Adv. Biotechnol. Res.* 2017;8(2):526–32.
9. Grimm W.D., Fritsch T., Giesenhagen B., Sirak S.V., Sletov A.A., Aybazov M., Tebyakina S.V., Shchetinin E.V., Vukovic M.A., Koshel I.V., Sirak A.G., Petrosyan G.G., Adamchik A. Neural crest-related stem cells of oral origins in vitro and used in osteoporotic sheep model for being investigated due to therapeutic effects in alveolar bone regeneration. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2016;11(2):192–6.
10. Zhidovinov A.V., Sirak S.V., Sletov A.A., Mihalchenko D.V. Research of local adaptation reactions of radiotherapy patients with defects of maxillofacial prosthetic with removable. *Int. J. Appl. Fundamental Res.* 2016;5:11.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМИ НЕКРОЗАМИ

Жидовинов А.В., Пшеничная Н.П., Солтовец М.И.
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Введение. Лечение пациентов с метастазами в костях основано на использовании бисфосфонатных препаратов, преимущественно в виде внутривенных ежемесячных инъекций [1–3]. Применение бисфосфонатов в клинической практике привело к развитию нового, нежелательного явления, такого как бисфосфонатный остеонекроз челюстей – ОНЧ [8–10]. Неуклонный рост данного рода осложнений наблюдается с 2003 г., в связи с чем актуальность исследований, направленных на изучение факторов, способствующих развитию тяжелых осложнений, является актуальной задачей современной медицины [4–7].

Цель исследования: изучение причин формирования костных дефектов челюстей и способов их устранения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 22 пациента с ОНЧ. Всем пациентам проведен осмотр челюстно-лицевой области, рентгенологическое обследование челюстных костей (ортопантомография, компьютерная томография костей лицевого скелета), с целью выявления размеров формирующегося дефекта костной ткани. С учетом стадии заболевания и клинических проявлений патологического процесса 22 пациентам проведена комплексная симптоматическая терапия, по показаниям проведено хирургическое лечение.

Результаты. В период с 2015 по 2017 г. в челюстно-лицевом отделении ГБУЗ «Волгоградская клиническая больница №1» госпитализированы 22 пациента в возрасте от 45 до 66 лет (10 мужчин и 12 женщин). Из анамнеза установлено, что все пациенты получали бисфосфонатные препараты в течение 2 лет. У всех пациентов отмечалось гноетечение из лунки удаленных зубов, острые боли, на фоне курса лечения препаратом золендроновой кислоты по стандартной схеме. Из общего числа пациентов 17 были доставлены по неотложной помощи в приемно-диагностическое отделение ГБУЗ «Волгоградская клиническая больница №1», с жалобами на образование инфильтрата, гноетечение из свища или в полости рта, повышение температуры, общую слабость. Проведены диагностические (компьютерная томография и сцинтиграфия) и лечебные мероприятия, направленные на дренирование гнойного очага с назначением антибактериальной, противовоспалительной терапии, а также препаратов, улучшающих реологические показатели локального сосудистого русла. При сформированных секвестрах проводилась некротомия. Пяти пациентам с воспалительным процессом в челюстных костях в стадии ремиссии выполнено хирургическое лечение в объеме резекции пораженных участков челюсти. С целью восстановления целостности костных структур и замещения дефекта проведено реконструктивное вмешательство с использованием титановой пластины.

Выводы. Поиск и совершенствование методов объективной оценки распространенности очага некроза с целью определения оптимальной тактики лечения невозможны без использования высокотехнологичных визуальных методов. При выборе метода восстановления дефекта костной ткани необходим индивидуальный подход. На этапе планирования объема оперативного вмешательства, необходимо учитывать стадию патологического процесса.

Литература

1. Слетов А.А., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Можейко Р.А., Локтионова М.В., Сурьянов Т.М. Диагностика и прогнозирование хирургического лечения пациентов с остеонекрозами и асептическими остеомиелитами челюстных костей. *Крымский терапевтический журнал*. 2018;1:73–7.
2. Слетов А.А., Жидовинов А.В., Можейко Р.А., Локтионова М.В., Сурьянов Т.М. Сравнительный анализ эффективности визуальных методов диагностики у пациентов с остеонекрозами и асептическими остеомиелитами челюстных костей. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2017;1(61):78–82.
3. Слетов А., Михальченко Д., Жидовинов А., Можейко Р., Локтионова М., Сурьянов Т. Эндovasкулярный способ диагностики остеонекрозов и асептических остеомиелитов челюстных костей. *Врач*. 2017. № 10. С. 73–4.
4. Жидовинов А.В., Михальченко Д.В., Слетов А.А., Локтионова М.В. Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами челюстей. *Клиническая стоматология*. 2016;2(78):63–6.
5. Sirak S., Aybazov M., Kobylkina T., Shchetinin E., Sletov A., Grimm W.D. Osteogenic potential of porous titanium: an experimental study in sheep. *J. Dent. Res.* 2017;96(SA)A1332.
6. Grimm W.D., Didenko N.N., Duncan W., Fritsch T., Giesenhagen B., Hakki S., Shchetinin E., Sletov A., Vladimirova O., Vukovic M., Sirak S. Osteoporotic sheep mandibular model for comparative dental implant research. *J. Dent. Res.* 2017;96(SA):A2369.
7. Fritsch T., Aybazov M., Didenko N., Giesenhagen B., Sirak S., Sletov A., Tebyakina S., Grimm W.D. Osseointegration of newly developed ceramic implants in osteoporotic sheep. *J. Dent. Res.* 2017;96(SA):A3915.
8. Sirak S.V., Sletov A.A., Mozheyko R.A., Kirpichnikov M.V., Zhidovinov A.V., Yarygina E.N. Clinic-and-diagnostic effects of the direct angiography at medicamentous osteonecroses of maxillary bones. *Int. J. Adv. Biotechnology Res.* 2017;8(2):526–32.
9. Grimm W.D., Fritsch T., Giesenhagen B., Sirak S.V., Sletov A.A., Aybazov M., Tebyakina S.V., Shchetinin E.V., Vukovic M.A., Koshel I.V., Sirak A.G., Petrosyan G.G., Adamchik A. Neural crest-related stem cells of oral origins in vitro and used in osteoporotic sheep model for being investigated due to therapeutic effects in alveolar bone regeneration. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2016;11(2):192–6.
10. Zhidovinov A.V., Sirak S.V., Sletov A.A., Mihalchenko D.V. Research of local adaptation reactions of radiotherapy patients with defects of maxillofacial prosthetic with removable. *Int. J. Appl. Fundamental Res.* 2016;5:11.

ФЕМИНИЗАЦИЯ ЛИЦА В СЕКСТРАНСФОРМИРУЮЩЕЙ ХИРУРГИИ

Истранов А.Л., Мхиторян О.А.
Кафедра пластической хирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Актуальность. Повышение толерантности современного общества к вопросам половой принадлежности и самоидентификации приводит к увеличению числа людей, относящих себя к полу, отличному от анатомического. Такая тенденция способствует увеличению числа секстрасформирующих операций. На сегодняшний день отсутствует точная статистика

встречаемости транссексуализма как в России, так и во всем мире. Средние значения частоты встречаемости в мире мужской формы транссексуализма (трансформация из мужского пола в женский) составляют 1:40 000, а женской формы транссексуализма 1:100 000. До последнего времени в России данные показатели имели обратное значение, и мы, основываясь на опыте лечения более 2000 пациентов, отмечаем превосходство женской формы транссексуализма над мужской в ориентировочном соотношении 2:1. Однако последние годы мы отмечаем выравнивание этого соотношения или даже превышения числа обращений для смены пола с мужского на женский. Комплекс операций по хирургической смене пола с мужского на женский включает в себя вагинопластику, феминизирующую маммопластику, феминизацию лица и также феминизацию тела. Если говорить о приоритетности выполнения той или иной операции, то в предыдущие годы пациенты первично обращались с просьбами о выполнении вагинопластики как основного компонента хирургической смены пола. На сегодняшний день мы можем говорить о тенденции к первоначальному выполнению операций в других областях тела – феминизации грудной клетки и/или феминизации лица.

Материал и методы. В основу исследования легли 20 последовательных клинических наблюдений феминизации лица и шеи в различных объемах и сочетаниях. Возраст пациентов с нарушением половой самоидентификации колебался от 20 до 56 лет. Пациентам были выполнены следующие операции: коррекция надбровных дуг, лобных бугров, углов нижней челюсти и подбородка, ринопластика, хондроларингопластика. Коррекцию надбровных дуг и лобных бугров выполняли через коронарный разрез и часто сочетали с подъемом бровей. Коррекция подбородка, углов и края нижней челюсти мы выполняли через внутриротовой доступ по переходной складке. Ринопластика в большинстве наблюдений осуществлялась открытым способом, имела редуцирующий характер с формированием черт «женского» носа. Хондроларингопластику мы выполняли чрез поперечный разрез по нижней шейной складке длиной около 1,5 см с резекцией выступающего угла щитовидного хряща.

Результаты. Во всех наблюдениях мы получены хорошие эстетические результаты, лица пациентов утратили мужские черты, приобрели более округлую и миловидную форму.

Выводы. Феминизирующие операции на лице являются важной составляющей секстрансформирующей хирургии, приобретают последнее время все большее значение в жизни пациентов с нарушением половой самоидентификации. Рациональное сочетание феминизирующих операций обеспечивает начальный этап хирургической смены пола и улучшает социально-бытовую адаптацию при смене пола с мужского на женский.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПОЛНОГО УДАЛЕНИЯ ГОРТАНИ

*Кожанов Л.Г., Сдвижков А.М., Кожанов А.Л.
ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер № 1 Департамента здравоохранения города Москвы, Россия*

Введение. Основным методом лечения местнораспространенного рака гортани является ларингэктомия, которая приводит к потере всех функций органа и инвалидизации. Важнейшим направлением хирургических методов реабилитации голоса

является ларингэктомия с трахеопищеводным шунтированием и эндопротезированием.

Цель работы. Реабилитация голосовой функции после ларингэктомии с использованием отечественных протезов.

Материал и методы. Наш опыт основан на выполнении ларингэктомии с трахеопищеводным шунтированием и установкой отечественного протеза у 25 больных. Диагноз рак гортани Т3-4N0-1M0 установлен у 21 (84%) больного, рак гортаноглотки T4N1M0 – у 2 (8%), рецидив заболевания после органосохранных вмешательств – у 2 (8%) больных. Нами разработан алгоритм реабилитации больных этой группы и методика установки отечественного голосового протеза. На интраоперационном этапе формировалась концевая трахеостома и моделировалась задняя стенка трахеи, создавался трахеопищеводный шунт таких размеров, чтобы протез плотно фиксировался в нем. В послеоперационном периоде проводилось укрепление трахеопищеводного кольца, консервативная терапия (антибактериальная, ингаляционная и т.д.). После заживления раны больные направлялись на курсы дыхательной гимнастики и обучались произносить слова. В целях уменьшения контаминации грибковой флоры протеза и трахеопищеводного шунта в процессе эксплуатации, мы проводили курсы фотодинамической терапии.

Результаты. Голосовая функция у больных после ларингэктомии с трахеопищеводным шунтированием и эндопротезированием восстановлена у 23 (84%) из 25 человек.

Выводы. Таким образом, трахеопищеводное шунтирование с использованием отечественных протезов является эффективным методом восстановления голосовой функции после ларингэктомии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ГИАМАТРИКС ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

*Инкина А.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия*

Введение. Гиаматрикс (hyamatrix) – биопластический материал, получаемый в результате фотохимического наноструктурирования исходного гидроколлоида гиалуроновой кислоты. Его основу составляет макромолекулярный нанокоркас, имеющий ячеистое строение размерностью в диапазоне 50–100 нм. Подобное структурное построение обеспечивает формирование оптимальной внеклеточной среды, и поэтому процесс заживления обусловлен хорошим передвижением и размножением клеток на внутреннем слое Гиаматрикса, что обеспечивает высокую биосовместимость гиаматрикса.

Материал и методы. В эксперименте участвовали 5 кроликов. Первый этап эксперимента был ориентировочным и давал предварительные результаты – тип заживления, воспалительная реакция, объем некротических изменений краев раны. На втором этапе планировали цито- и гистологическое исследования тканей. Животное погружали в сон с помощью внутривенного наркоза. Предварительно производили выбривание участка кожи на наружной поверхности ушной раковины. Проводили гидроотсепаровку кожи от хряща с помощью 0,5% р-ра новокаина. Далее производили иссечение фрагмента кожи округлой формы около 1,5 см в диаметре на обоих ушах. На одном ухе рану закрывали с использованием гиаматрикса (1-я группа), на другом рану ничем не закрывали (2-я группа). Обе раневые

поверхности вели открытым способом. Оценивали заживление на 1-е, 3, 7 и 10-е сутки после операции. Цель эксперимента: оценить влияние гиаматрикса на заживление раны.

Биоматериал извлекали из упаковки, выкраивали стерильными ножницами нужный по размеру лоскут, после чего один имеющийся раневой дефект закрывали предварительно смоделированным участком гиаматрикса точно под размер дефекта. Биоматериал в сухом виде размещали на поверхность дефекта кожи, с помощью стерильных салфеток смачивали раствором фурацилина до формирования эластичной пленки. Полученную эластичную пленку расправляют тампоном до отсутствия воздушных карманов. При нанесении на рану имплант закрывал поврежденный участок, фактически прилипая к нему, помогая скорейшему заживлению, рассасываясь в ходе заживления раны. Этот материал хорошо впитывает воду и смачивается, поэтому хорошо прилипает к поверхности раны. Его структурное построение позволяет, претерпевая постепенное растворение, продолжительно находиться в ране. Формирование возрожденной кожи и самопроизвольное закрытие раны кожи происходило под покровом пластического материала центростремительно по мере его замещения. Из-за того что материал способен растворяться внутри раны, можно избежать болезненных перевязок.

В 1-й группе выявлена плотная адгезия импланта к подлежащим тканями, минимальные реактивные изменения со стороны окружающих тканей. На 10-е сутки после операции произошло отторжения импланта в виде корки, под которой имелся тонкий звездчатый рубец. Во 2-й группе имелась инфильтрация краев и дна раны с наличием экссудата. Окончательное заживление раны во 2-й группе произошло на 15-е сутки после операции, после отторжения струпа обнажилась кожа, зажившая вторичным заживлением с образованием звездчатого рубца.

Выводы. На основании данных, полученных в ходе эксперимента, можно заключить, что закрытие раневого дефекта с помощью материала способствует ускоренному заживлению раны, уменьшает экссудацию раневого отделяемого, а также не вызывает реактивных изменений со стороны окружающих тканей. Гиаматрикс может быть рекомендован в качестве пластического материала для закрытия дефектов кожи.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛА «ЭКОФЛОН» ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ

Инкина А.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Экофлон – синтетический материал политетрафторэтилен. Имплантаты изготавливают путем порошкового спекания. В результате получается пористая структура, предполагающая возможность врастания как хряща, так и соединительнотканной капсулы внутрь имплантата.

Цель эксперимента: оценить использование Экофлона для замещения дефектов хрящевой ткани.

Материал и методы. В эксперименте участвовали 6 кроликов. Животное погружали в сон с помощью внутривенного наркоза. Предварительно производили выбривание участка кожи наружной поверхности ушной раковины. Проводили гидроотпаривку кожи от хряща с помощью 0,5% раствора новокаина. Далее выкраивали языкообразный кожный лоскут

округлой формы под размер импланта. После отпаривки ушного хряща из него вырезали круглый фрагмент диаметром около 1,5 см. «Экофлон» извлекали из упаковки, выкраивали стерильными ножницами нужный по размеру фрагмент. Мы использовали материал толщиной 2 мм. Материал легко режется, что позволяет дополнительно моделировать имплантат по ходу операции. Образовавшийся дефект хрящевой ткани закрывали предварительно смоделированным участком «Экофлона» точно под размер дефекта и фиксировали его двумя отдельными узловыми швами. Затем кожный лоскут вновь возвращали на место и фиксировали к коже отдельными узловыми швами из капрона. В послеоперационном периоде 7 дней проводилась системная антибиотикотерапия препаратом Байтрил.

Заживление оценивали на 1-е, 3, 7 и 10, 28-е сутки после операции, а также спустя 2 месяца. В первые сутки после операции кожа лоскута была несколько инфильтрирована, с минимальными реактивными изменениями окружающих тканей и незначительным количеством экссудата. Швы были состоятельны, рана во всех случаях зажила первичным натяжением. На 10-е сутки после операции отмечалось полное приживление кожного лоскута с формированием тонкого рубца, при этом отсутствовали реактивные изменения со стороны окружающих тканей. Все импланты прижились в тканях реципиентов без воспалительной реакции окружающих тканей, не вызывали реакции отторжения. Через 2 месяца после операции проводили отпаривку кожного лоскута над имплантом с дополнительным осмотром биопластического материала с целью оценки реакции окружающих тканей и изменений со стороны импланта. При этом отмечено формирование соединительнотканной капсулы вокруг него, имплант был хорошо фиксирован в окружающих тканях на прежнем месте, окружающий его хрящ был без признаков воспаления. При этом «Экофлон» не подвергся резорбции, т.е. сохранил первоначальные размеры и плотность.

Выводы. Выявлено, что при использовании биоимпланта «Экофлон» для замещения дефектов хрящевой ткани происходит быстрое заживление раны, экссудативная фаза воспаления протекает невыраженно, перифокальный отек минимальный. Имплант надежно фиксируется к окружающим тканям прорастающей его соединительной тканью и не имеет тенденции к смещению, при этом не вызывает реакции со стороны окружающего его ушного хряща. Имплант не вызывает реакции отторжения и не рассасывается, обеспечивая стабильность тканей на участке хондропластики. Имплант не теряет своей прочности под действием тканевых сред. Данный имплантат можно рекомендовать для возмещения объема утраченной хрящевой ткани.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛА «ЭКОФЛОН»

Инкина А.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Несмотря на значительное число научно-исследовательских работ, остаются нерешенными вопросы восстановления опорного каркаса дыхательных путей при обширных дефектах их стенок в результате рубцового стеноза, особенно в переднезаднем направлении. Совершенствование хирургического лечения в последние годы идет по пути поиска материалов,

ВЛИЯНИЕ ОБРАБОТКИ ПОВЕРХНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ТИТАНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИБРОИНТЕГРАЦИИ

Шайхалиев А.И., Петрук П.С., Аразашвили Л.Д., Швейнфорт А.М., Давыдова Т.Р.

ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Разрешенные для клинического применения в нашей стране титановые сплавы широко используются в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в основном для изготовления дентальных имплантатов, фиксирующих на костные конструкции и эндопротезы при восполнении частичных и полных дефектов нижней челюсти. Наиболее приемлемым типом взаимодействия между титановой поверхностью и костной тканью принято считать остеоинтеграцию, которая представляет собой целый комплекс физиологических реакций, напрямую зависящих от морфологии поверхности имплантата и ее химического состава. В отличие от остеоинтеграции, т.е. сращения костного материала с имплантатом, фиброинтеграция определяет взаимодействие между материалом эндопротеза и мягкой тканью, в результате которого на поверхности эндопротеза образуется плотная соединительнотканная капсула, по своим характеристикам напоминающая «искусственную» надкостницу, несущую определенную функциональную и физиологическую нагрузку. Повышение эффективности адгезии и оптимальной фиброинтеграции на титановых эндопротезах может быть достигнуто при использовании двухстадийной технологии создания биоактивных поверхностей на титановых носителях, заключающейся в химической обработке поверхностей для создания микрорельефа (2–3 мкм) и в нанесении строго контролируемого по химическому составу и толщине (10–60 нм) биоактивного покрытия диоксида титана TiO₂ со структурой анатаза, методом атомно-слоевого осаждения.

Цель. В данной работе исследовали влияние на эффективность фиброинтеграции свойств поверхности титановых эндопротезов, используемых в челюстно-лицевой области, с биоактивным покрытием диоксида титана TiO₂ со структурой анатаза.

Материал и методы. Провели исследование биохимической активности покрытий из диоксида титана, формируемых методом атомно-слоевого осаждения на миграционную активность (МСК) клеток и при помощи «скрэтч-теста» с использованием автоматизированного микроскопа IncuCyte Zoom. Объектом исследований в настоящей работе явились наноструктурированные образцы из титанового медицинского сплава Ti6Al4V с покрытием TiO₂ -100А и без покрытия, полированные и пескоструированные, всего 8 образцов. Для получения диоксида титана на заводе ООО «Конмет» атомно-слоевым осаждением использовался вертикальный тип реактора АСО, модели Sunale-R150 фирмы Picosun Oy. Цикл проходил с применением этоксититана Ti(OC₂H₅)₄ (97%) и воды.

Исследования поверхностей образцов титана, обработанных разным способом и имеющих разную шероховатость, проводили на оптическом микроскопе AxioImager D1 M фирмы CarlZeiss (Германия) в режиме отражения. Образцы с относительно малой шероховатостью – полированные и полированные с нанесенным слоем диоксида титана TiO₂ со структурой анатаза исследовали на сканирующем зондовом микроскопе (СЗМ) MFP-3D фирмы AsylumResearch (США). Измерение относительно больших шеро-

ховатостей поверхности образцов проводили на профилометре Alpha-Step IQ Surfaceprofiler ASIQ фирмы KLA-Tencor (США), позволяющем измерять микрошероховатость с разрешением до 0,1 нм как на коротких дистанциях сканирования, так и при сканировании на длинах до 10 мм. Для определения числовых значений параметров шероховатости поверхности использовалась «система средней линии», которая соответствует рекомендациям ISO и учтена в ГОСТ РФ.

Для исследования биохимической активности покрытий из диоксида титана, формируемых методом атомно-слоевого осаждения на миграционную активность МСК (мезенхимальные стволовые клетки) клеток и при помощи «скрэтч-теста», использовали замороженные культуры МСК пульпы зуба человека (были взяты из криобанка ИБМХ им. В.Н. Ореховича), для проведения исследований были использованы клетки 4–6 пассажей. Исследование скорости миграции клеток выполняли с помощью автоматизированного микроскопа IncuCyte Zoom (Essen Biosciences, США).

Результаты. Нанесение на поверхность после пескоструйной обработки биоактивного покрытия TiO₂ со структурой анатаза методом атомно-слоевого осаждения приводит к снижению нижней границы и повышению верхней границы разброса всех параметров шероховатости, т.е. поверхность становится более шероховатой. Нанесение биоактивного покрытия на полированную поверхность приводит к уменьшению как нижней, так и верхней границы разброса всех параметров шероховатости, т.е. поверхность сглаживается. На анатированной поверхности рост (МСК) клеток происходит интенсивней и степень концентрации клеток на титановой подложке на единицу площади выше, что указывает на высокий интеграционный потенциал данной модификации поверхности.

Выводы. Таким образом, для достижения максимальной эффективности фиброинтеграции на границе мягких тканей и титановых эндопротезов, применяемых в челюстно-лицевой хирургии, необходима предварительная пескоструйная обработка поверхности эндопротеза с последующим покрытием диоксидом титана, полученного атомно-слоевым осаждением.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАТ-ПРОТЕЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Путь В.А., Святослав Д.С., Солодкий В.Г., Решетов И.В.

Кафедра онкологии и реконструктивной хирургии ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Реконструктивные костно-пластические операции, проводимые на верхней и нижней челюстях – это комплексные методики, позволяющие создать условия для установки внутрикостных имплантатов. Возможность установки временных ортопедических конструкций в полости рта и операционной ране реализуется как имплантат-протезная реабилитация. При подготовке, проведении вмешательств и активной послеоперационной реабилитации применяются психофизиологические методики, фармакоэкономические протоколы оптимизации лечения, радиоэлектронные регенеративные технологии и седация.

Цель исследования. Разработать протоколы междисциплинарного сотрудничества на этапах челюстно-лицевой и стоматологической реабилитации пациентов.

Материал и методы. Реализуется концепция челюстно-лицевой и стоматологической реабилитации для пациентов с атрофией, травмой лица и опухолевыми заболеваниями челюстей. Применяются новые медико-инструментальные и медико-технические методы работы с тканями челюстно-лицевой области. Акцент установлен на применение пьезохирургических техник, эндовидеохирургии и роботических протоколов. При проведении имплантат-протезной реабилитации сразу после хирургического вмешательства выполняются протоколы интраоперационного непосредственного протезирования с последующей установкой временных винтовых протезов в течение 24–72 часов после операции. Челюстно-лицевое протезирование и экзопротезирование проводится по индивидуальным протоколам с предварительным цифровым проектированием и прототипированием. Это междисциплинарная проблема, в которой задействованы стоматологи, оториноларингологи, анестезиологи и челюстно-лицевые хирурги, онкологи, рентгенологи, организаторы здравоохранения.

Результаты и обсуждение. С учетом вышеуказанных технологий проведено лечение более 400 пациентов с различными заболеваниями челюстно-лицевой области. Эффективность лечения оценивалась по клиническим данным, КЛКТ, данным динамического наблюдения и анкетирования. Системный подход позволил разработать протоколы малоинвазивных хирургических приемов с использованием пьезохирургии, различных протоколов имплантации с немедленной нагрузкой, активной послеоперационной реабилитации.

Заключение. Сохранение полноценного образа жизни пациента на всех этапах челюстно-лицевой и стоматологической реабилитации с применением методов предпротезной восстановительной хирургии интраоперационного непосредственного протезирования является приоритетом при работе команды специалистов в рамках междисциплинарного сотрудничества.

ПЬЕЗОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Путь В.А., Солодкий В.Г., Святослав Д.С., Решетов И.В.
Кафедра онкологии и реконструктивной хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Россия*

Введение. Применение традиционных методик забора и обработки кости связано с рядом недостатков: нестабильностью получаемого результата, дополнительной термической травмой, потерей костной ткани, травмой окружающих мягких тканей. Использование инструментов, долота молотки и т.д. возможно в условиях общей анестезии. Пьезо-хирургическая техника позволяет эффективно и безопасно для окружающих тканей обеспечивать оперативный доступ и оперативный прием.

Цель исследования. Разработать протоколы применения пьезо-хирургической техники в челюстно-лицевой и реконструктивной хирургии.

Материал и методы. Использование пьезохирургических методов доступа и выполнения оперативных приемов в предпротезной восстановительной хирургии челюстно-лицевой области ультразвуковыми аппаратами для оптимизации протоколов лечения. В клинике с 2015 г. были прооперированы и находились под наблюдением 96 пациентов. Возраст пациентов от 15 до 79 лет. У 64 пациентов выполнялись протоколы трансскуловой, ангулярной имплантации и интраоперационного немед-

ленного протезирования. Остальным пациентам проводились методы предпротезной восстановительной хирургии: установка дистракторов, забор и трансплантация кости, гайморотомия, синуслифтинг, цистэктомия, удаление зубов.

Результаты и обсуждение. Разработаны методики по применению пьезо-хирургической техники при различных протоколах лечения. Рекомендованы исключительно короткие движения рабочего инструмента – пьезонасадки, что позволяет выполнять операции на твердых поверхностях с высокой точностью и без дополнительных травм. Разработан новый протокол доступа к передней части скуловой кости с помощью методики «Wall up». Предложена атравматичная техника формирования окна на передней стенке гайморовой пазухи для визуализации скуловой кости и установки трансскулового имплантата.

Заключение. Использование пьезо-хирургической техники в предпротезной восстановительной хирургии сокращает сроки реабилитации и уменьшает травматизм проводимых операций. Операции с применением пьезо-эффекта являются, атравматичными. Это ведет к меньшей потере кости, снижает риск повреждения анатомически важных образований (сосудисто-нервных пучков, разрывов надкостницы, мембран). Уменьшается затрачиваемое операционное время, что позволяет улучшить прогноз проводимого лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

*Путь В.А., Солодкий В.Г., Морозов П.В., Теплов Е.В.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ИУВ НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Минздрава РФ, Москва, Россия*

Введение. Установка зубных протезов с фиксацией на внутрикостные титановые имплантаты повышает качество жизни для беззубых пациентов. Метод имплантат-протезной стоматологической реабилитации позволяет полноценно реабилитировать функциональное состояние челюстно-лицевого аппарата и жевательную функцию у пациентов. Последние 8 лет бесплатная и малобюджетная имплантация и протезирование социально возрастных групп населения практикуется на территории РФ. Многим из них показана имплантация с немедленной нагрузкой, что сокращает сроки лечения.

Цель исследования. Разработать комплексные методы реабилитации пожилых групп пациентов с использованием имплантатов, позволяющие восстановить функцию жевания у пациентов социальных групп (ветераны войн и локальных конфликтов, инвалиды, пенсионеры).

Материал и методы. В госпитале Черноморского флота РФ 25 ноября 2010 г. проведена благотворительная акция по бесплатной стоматологической имплантации ветеранам ВОВ «Качество жизни для наших родителей». В течение 1 дня 11 пациентам установлено 45 имплантатов, 10 из них установлены несъемные зубные протезы, а также 10 коронок с опорой на 4–5 имплантатов. В Москве. 15–16 сентября 2011 г. благотворительная акция, «Качество жизни для наших родителей» проходила в Челюстно-лицевом госпитале для ветеранов войн. Обозначен предварительный хирургический протокол (4 имплантата в межментальном пространстве и несъемная конструкция на нижней челюсти). Ключевой фактор – мотивация пациента на проводимое лечение и согласие родственников или опекунов

пожилого человека. Анестезиологический протокол – местная анестезия и сбалансированная седация, во всех акциях.

Результаты. Спустя год после имплантации повышение качества жизни отмечали все пациенты. Пожилые люди довольны ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах, которые по сравнению с традиционными протезами обеспечивают больший комфорт, стабильность и эстетику.

Заключение и выводы. Обследование и лечение пожилых пациентов операции имплантации необходимо проводить в условиях специализированного стационара, где есть опыт работы с возрастными пациентами стоматологического профиля, государственного учреждения или частной клиники. Разработаны клинические методики, стандарты и протоколы данных мероприятий. Условием для проведения всего спектра операций является наличие в клинике анестезиологического пособия.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АВАСКУЛЯРНЫХ КОСТНЫХ БЛОКОВ ИЗ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ ЛОПАТКИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ИЛИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ЧЕЛЮСТЕЙ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ЗУБОВ НА ОСНОВЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Калакуцкий Н.В., Румакин В.П., Садилина С.В.,

Петропавловская О.Ю., Калакуцкий И.Н.

ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

РНИИТО им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Область латерального края лопатки (ЛКЛ) является уникальной донорской зоной для взятия аваскулярных костных аутоотрансплантатов при подготовке пациентов с выраженными дефектами альвеолярного отростка или альвеолярной части челюстей к введению имплантатов, когда протезирование зубов планируется с опорой на дентальные имплантаты. Использование ЛКЛ в качестве донорской зоны у части больных для выполнения альвеолопластики оправдана. Операция по формированию костных блоков в этой зоне непродолжительна, атравматична, послеоперационный рубец скрыт одеждой. В получаемом костном материале компактное вещество преобладает над губчатым, что обеспечивает его большую прочность и меньшую скорость резорбции после перемещения в реципиентную зону. Функция верхней конечности быстро восстанавливается в полном объеме.

Цель исследования. По рентгенологическим и морфологическим данным оценить эффективность использования аутокости из ЛКЛ, используемой для реконструкции альвеолярного отростка верхней челюсти и/или альвеолярной части нижней челюсти.

Материал и методы. Проведен анализ результатов компьютерных томограмм до лечения и в сроки от 4 до 6 месяцев после выполнения костной пластики у всех пациентов, которым проводилась реконструкция альвеолярной кости с использованием аутоотрансплантата из ЛКЛ. Проведен сравнительный анализ морфологических данных, полученных при изучении биоптатов инфарктной костной ткани из наиболее часто используемых донорских зон (ветвь нижней челюсти, кости свода черепа, гребень подвздошной кости) и костной ткани из ЛКЛ.

Результаты. Реконструкция альвеолярной кости с использованием костного трансплантата из ЛКЛ была выполнена 21

пациенту в возрасте от 22 до 63 лет (4 мужчины и 17 женщин). Протяженность дефектов в пределах зубного ряда была от 2 до 28 зубов, средняя протяженность дефекта составляла 11 зубов. До операции высота альвеолярного отростка верхней челюсти в среднем была $4,15 \pm 0,32$ мм, ширина $2,51 \pm 0,21$ мм; высота альвеолярной части нижней челюсти до операции в среднем была $5,77 \pm 0,28$ мм, ширина $2,98 \pm 0,11$ мм. После проведения реконструкции средней прирост костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в ширину составил $3,74 \pm 0,47$ мм, в высоту – $6,67 \pm 0,99$ мм. Среднее увеличение костной ткани альвеолярной части нижней челюсти после данной операции в высоту было $4,21 \pm 1,21$ мм, в ширину – $3,47 \pm 1,33$ мм. По результатам морфологического исследования костных биоптатов из различных донорских зон выявлено, что наибольшая плотность костных балок отмечалась в биоптатах из ветви нижней челюсти, а наименьшая – из гребня подвздошной кости. При анализе степени васкуляризации отмечено, что она сопоставима в области ветви нижней челюсти и ЛКЛ. Наименьшая плотность клеточных элементов отмечалась в области ветви нижней челюсти, а наибольшая – в области свода черепа и ГПК.

Выводы. Морфологически подтверждено наибольшее структурное сходство костной ткани из ЛКЛ с трансплантатами из внутриротовых донорских зон. Проведенное исследование подтверждает целесообразность использования ЛКЛ в качестве альтернативной донорской зоны для выполнения альвеолопластики у пациентов с выраженной атрофией альвеолярной кости при подготовке к имплантации.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Гришин А.А., Ермолин Д.В.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет),

Москва, Россия

Введение. Артериовенозные мальформации (АВМ) мягких тканей экстракраниальной локализации встречаются достаточно редко. Сложность лечения больных этой категории обусловлена, прежде всего, возникновением спонтанных и интраоперационных кровотечений, сложностью пластики возникающих послеоперационных дефектов. В связи с этим вопросы диагностики, планирования операции и реабилитации приобретают большое значение.

Цель. Разработка методологического подхода в лечении пациентов с экстракраниальными АВМ

Материал и методы. Из 109 пациентов с АВМ в области головы и шеи за период с 1998 по 2017 г. диагноз экстракраниальная АВМ был установлен у 27 (24,7%) пациентов. По локализации АВМ распределились следующим образом: лобная область – 7, лобно-височная область – 11, теменно-височная – 5, лобно-теменно-височная – 2 и затылочная область – 2 пациента. Алгоритм обследования включал в себя клинический осмотр, позволяющий определить границы АВМ, в некоторых случаях число и размер кровоснабжающих и формирующих АВМ сосудов. Проведение МРТ и МСКТ АГ входило в алгоритм обследования пациентов и было выполнено у 20 больных. ДСА проведено всем 27 пациентам. У 19 (70,3%) больных ангиографический метод обследования был совмещен с эмболизацией аффе-

рентных сосудов. В качестве эмболизирующего вещества был использован Гистакрил. Дефект мягких тканей, возникающий после удаления АВМ, в 6 случаях устранен с помощью пластики местными тканями, у 21 пациента устранение дефекта выполнено с помощью аутодермопластики. Через 6–12 месяцев после проведения первой операции участки алопеции волосистой части головы были устранены с помощью техники баллонной дермотензии.

Результаты. У 24 (88,8%) пациентов с АВМ экстракраниальной локализации достигнут удовлетворительный результат лечения. Динамическое наблюдение больных этой группы через 1 и 3 года показало отсутствие продолжения роста АВМ. В 3 случаях отмечено продолжение роста АВМ, что потребовало проведение повторного обследования (МСКТ АГ, ДСА), которое показало, что причиной продолжения роста АВМ было формирование выраженных дуральных фистул. Дальнейшее лечение этих пациентов проведено совместно с нейрохирургами в профильных отделениях.

Выводы. Методологический подход к лечению пациентов с АВМ экстракраниальной локализации позволяет достаточно эффективно проводить хирургическое лечение пациентов с данной патологией. Проведение МСКТ АГ позволяет оценить состояние костей свода черепа под АВМ, показать участие в кровоснабжении АВМ интракраниальных сосудов, что чрезвычайно важно при планировании операции. ДСА в комбинации с эмболизацией, которая приводит к уменьшению размера АВМ, значительно снижает кровотечение во время операции. Проведение эмболизации не всегда возможно из-за извитости и большого числа афферентных сосудов. В этих случаях только прошивание АВМ по периферии может уменьшить кровотечение во время операции.

ПЛАСТИКА ГОРТАНИ Т-ОБРАЗНОЙ ТРУБКОЙ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Рачков В.Е., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Стрижова Д.Н.

ГБУЗ Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва, Россия

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. В настоящее время существует много оперативных методик и вариантов хирургических вмешательств при заболеваниях гортани. При тяжелых формах врожденных и приобретенных стенозов гортани, рецидивах сужений не существует оптимального метода хирургической коррекции. Одной из эффективных методик является реконструктивные оперативные вмешательства с установкой Т-образной трубки. В отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова накоплен большой опыт в выполнении реконструктивных вмешательств с установкой Т-трубки на различный период до полного восстановления просвета дыхательных путей. Показаниями для установки Т-трубки в нашем наблюдении явились: неэффективность пластики гортани, полная непроходимость гортани, протяженный стеноз гортани.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 2010 по 2017 г. выполнено 109 оперативных вмешательств на гортани, из них пластика гортани с использованием реберного аутоотрансплантата с имплантацией его в заднюю стенку гортани – 29, в переднюю стенку – 33, в

обе стенки – 4 пациента. За 6 лет установка Т-трубки выполнена 43 пациентам. Из них у 16 пациентов в анамнезе была проведена операция пластика гортани реберным хрящом. Установка Т-трубки проводилось в 39,5 % при предшествующих неудачных попытках операционной коррекции стеноза гортани. Возраст пациентов составлял от 1 года 2 месяцев до 17 лет 11 месяцев, средний возраст – 6 лет 4 месяца.

Группы нозологий были представлены следующими заболеваниями: постинтубационный стеноз гортани – 23 (53,5%) пациента, врожденный стеноз гортани – 10 (23,3%), рабды – 5 (11,6%), постинфекционный стеноз – 1 (2,3%), стеноз гортани ятрогенного характера – 4 (9,3%) пациента.

Оперативное лечение выполнялось с использованием 2 хирургических методов из переднего доступа на шее. Установка Т-трубки в просвет гортани и/или в верхнюю треть трахеи проведена у 35 пациентов, рассечении задней стенки гортани с дальнейшей установкой Т-трубки – у 7 пациентов, у 1 пациента была установлена Т-трубка с предварительной резекцией трахеи в зоне стеноза (в подголосовом пространстве).

Средняя продолжительность операции составила 25,5 минуты.

Результаты. Всего экстубированы 38 (88,3%) пациентов. Носителями Т-трубки до настоящего момента являются 6 (13,9%) пациентов. Рецидив стеноза гортани после экстубации произошел у 4 пациентов, что потребовало повторной установки Т-образной трубки. Один из пациентов является носителем Т-трубки до настоящего времени.

Осложнения в послеоперационном периоде в результате обструкции просвета Т-трубки возникли у 2 детей, 4 ребенка самостоятельно удалили трубки, у 1 ребенка после экстубации выявлен парез гортани с западением черпаловидного хряща. Летальность составила 0 пациентов.

Заключение. Группа пациентов, экстубированных в различные сроки после установки Т-трубки, продемонстрировала эффективность данного метода при тяжелых формах стеноза гортани у детей. Применение Т-образной трубки может быть рекомендовано в случаях неудачных попыток пластических операций, рецидивах стенозов, а также при тяжелых формах патологии гортани у детей различного возраста.

СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГОРТАНИ НИКИЛИД ТИТАНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ

Трофимов Е.И., Сивкович О.О., Виноградов В.В., Дайхес Н.А.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА» России, Москва

Цель работы. Рак гортани является наиболее распространенной злокачественной опухолью гортани. Он составляет около 3% от всех злокачественных опухолей человека. Преимущественно встречается у мужчин. Несмотря на то что симптомы рака гортани проявляются довольно рано, больным часто ставят неправильный диагноз, длительное время лечат от ларингита или сам больной поздно обращается к соответствующему специалисту, когда диагностируется уже местнораспространенная опухоль. Основными методами лечения рака гортани III–IV стадий является хирургическое вмешательство (резекция гортани, расширенная ларингэктомия), одновременно с которой удаляются такие функциональные единицы гортани, как надгортанник, черпаловидные хрящи, а это приводит к нефункционирующему органу.

Материал и методы. При распространении опухолевого процесса на черпаловидный хрящ возникает необходимость удаления этой функционально-значимой структуры гортани, обеспечивающей разделительный механизм. Для восстановления этого механизма в отделе ЛОР-онкологии ФБГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России разработан новый эффективный метод комбинированной резекции гортани. Согласно предложенному методу, через трахеостому производят окаймляющий разрез, кожные лоскуты отсепааровывают в стороны с обнажением медиальных ножек кивательных мышц и выделяют их до уровня заданного физиологического положения гортани, армируют пластиной никелида титана область резецированного черпаловидного хряща, располагая ее между порциями кивательных мышц, формируют подслизистый туннель над черпаловидными хрящами. Мышечные ножки трансплантата проводят навстречу друг другу и фиксируют к противоположащим кивательным мышцам, фиксируя гортань в заданном физиологическом положении (Патент РФ №2324442 от 20.05.2008, авторы: Е.И. Трофимов, И.В. Решетов, В.В. Дармаков, В.Э. Гюнтер, Е.М. Фуки). Таким образом, восстанавливают заднюю стенку гортани и формируют разделительный механизм гортани. Гортань ушивают на стенке-обтураторе для формирования ее полноценного просвета.

Результаты. По данной методике в нашем отделении были пролечены 10 пациентов. В послеоперационном периоде состояние просвета гортани оценивалось на основании фиброларингоскопии. Так, на основании проведенных исследований установлено, что вновь сформированная задняя стенка гортани обеспечивает адекватное дыхание и беспрепятственное глотание пищи. Полученные данные констатируют тот факт, что просвет гортани, необходимый для адекватного дыхания, восстановлен у 10 (100%) пациентов. Полноценная разделительная функция гортани в сроки до 1 месяца восстановлена у 8 оперированных больных из 10.

Заключение. Использование внедренного способа одноментной пластики задней стенки гортани после комбинированной резекции в авторской разработке позволяет избежать последующих сложных пластических операций.

АЛГОРИТМ СОЗДАНИЕ ИМПЛАНТАТОВ МЕТОДОМ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Решетов И.В.^{1,2}, Святославов Д.С.¹, Кудрин К.Г.², Дуб В.А.³, Медведев П.А.⁴, Юдин А.В.⁵

¹Кафедра реконструктивной хирургии, онкологии, и радиотерапии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Кафедра онкологии и пластической хирургии ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», Москва, Россия

³АО ИК «АСЭ», Москва, Россия

⁴ОАО «НИАТ», Москва, Россия

⁵АО НПО «ЦНИИТМАШ», Москва, Россия

Введение. Рост числа опухолей головы и шеи, а также травм челюстно-лицевой области способствует увеличению потребности в устранении дефектов лицевого скелета. Большинство авторов придерживаются мнения о том, что размер и местоположение дефектов влияют на степень функциональный

нарушений. У данной категории больных имеются трудности при разговоре, приеме пищи, а также неудовлетворительный эстетический результат. Таким образом, остается актуальным вопрос по поводу поиска оптимального метода реконструкции и восстановления лицевых костей лицевого отдела черепа.

Цель работы: разработать алгоритм воспроизведения металлических комплексов для имплантации (МКИ), синтезируемых на 3D-принтере, провести анализ и выбор научно-технической, нормативной, методической литературы по методам лечения переломов, костных дефектов, замены части кости с применением МКИ.

Материал и методы. В современной онкологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии активно используются различные материалы для замещения костной ткани. По происхождению все остеопластические материалы делятся на 4 группы: аутогенные, аллогенные, ксеногенные и синтетические, которые в настоящее время в подавляющем большинстве случаев сделаны на основе солей кальция. В последнее время в технологии получения имплантатов различного назначения разработаны методы инъекционного формования – «MIM», горячего изостатического прессования – «HIP» барометрическая обработка в условиях высоких температур, проходящая в среде инертного газа, и селективного лазерного спекания «SLS» с использованием 3D-принтера. Важнейшую роль в создании 3-мерной модели костного дефекта играет компьютерная томография (КТ). Полученные данные DICOM преобразуются в файлы стереолитографии, в общем процесс занимает не более 30 минут. Точность 3D-принтера в целом зависит от точности КТ-томографа, толщина срезов должна быть максимально тонкой 1–2 мм, что считается оптимальным для костей черепа. Нами был разработан алгоритм создания индивидуальных имплантатов. На этапе преобразования информации осуществляют: 1) определение порогов плотностей – фильтрация шумовой составляющей делается автоматически, возможно добавление бара/бегунка для ручной корректировки; 2) примерное выделение объекта – выделяется вручную оператором или если известно какой объект и где располагается, можно выделить по уже имеющемуся шаблону; 3) более точное автоматическое выделение объекта, находящегося в рамках фиксированной плотности, выделенного оператором на предыдущем шаге (делается автоматически, в визуализаторе должна быть предусмотрена возможность последующего изменения инструментом, рукой); 4) удалением артефактов, вызванных неточным восстановлением (автоматизировано, выполняется по 3D); 5) реконструкция дефектных областей; 7) «сглаживание» полученной модели – устранение углов и мелких дефектов, выполняется автоматически, но с возможностью добавления бара/бегунка для ручной коррекции; 8) определение области повреждения (автоматизировано, предположительно с использованием универсальной модели/шаблона или вручную задается оператором); 9) подбор имплантата – из имеющихся шаблонов с одновременным выполнением условия максимального приближения к шаблону (в случае наличия симметричного объекта, то совпадения с ним) и совпадению масштабов с областью, помеченной как неповрежденная (выполняется автоматически, но с возможностью выбора вручную); 10) проверка условия наложения полученного имплантата с общей моделью и информирование в случае пересечения с объектами такой же плотности; 11) преобразование полученной модели в файл формата CAD с последующим преобразованием файла в объект печати (драйвера принтера); 12) печать объекта.

Заключение. Челюстно-лицевые дефекты часто сопровождаются выраженными функциональными и эстетическими нарушениями, приводящими к ограничениям жизнедеятельности, социальной дезадаптации и глубоким социально-психологическим проблемам у больного. На помощь хирургу сегодня приходят новые технологии на основе компьютеризированных систем, которые позволяют создать индивидуальную модель черепа с дефектами костных структур и будущих имплантатов с возможностью припасовки последних на дооперационном этапе, что сокращает как время операции, так и улучшает результаты лечения в целом и условия для послеоперационной реабилитации.

Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации, субсидия на реализацию комплексных проектов по созданию высокотехнологического производства в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. №218, очередь 8 по теме «Создание высокотехнологического цифрового производства прецизионных металлических комплексов для имплантации на базе аддитивных технологий», номер соглашения 03.G25.31.0234 от 03.03.2017.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ, НЕБА И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Чкадуа Т.Э., Романова Е.М., Гилева К.С., Мохирев М.А., Давыденко П.И.

ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Врожденная расщелина губы, неба и альвеолярного отростка сопровождается тяжелыми анатомическими и функциональными нарушениями, поэтому требует комплексного лечения. Одной из важных задач, стоящих перед хирургом, является восстановление целостности альвеолярного отростка. Однако классический метод костной пластики не всегда дает положительный результат, несмотря на качественное исполнение операции.

Цель исследования. Определить целесообразность проведения микрохирургической аутоотрансплантации у пациентов с расщелиной альвеолярного отростка верхней челюсти.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с 2007 по 2017 г., у которых применялась методика костной пластики при устранении дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти аваскулярными аутоотрансплантатами (ребень подвздошной кости, подбородочный симфиз, ветвь нижней челюсти), а также сочетание аутокости с ксенотрансплантатами (мембрана, костная стружка).

Результаты. В результате проведенного анализа архивного материала, обзора литературы и собственных клинических наблюдений выявлена нецелесообразность использования аваскулярной костной пластики в целях устранения дефекта альвеолярного отростка для дальнейшего протезирования на имплантатах, ввиду патологической резорбции костной ткани при отсутствии адекватного кровоснабжения зоны расщелины, а также особенностях рубцово-измененных слизистых локутов, выкраиваемых для покрытия аутоотрансплантатов. По данным компьютерной томографии (КТ), в 90% случаев аутоотрансплантаты полностью резорбировались. В 10% случаев

сохранялся костный мостик, позволяющий сохранить стабильность фрагментов верхней челюсти. Среди взятых под личное наблюдение 20 пациентов с 2014 г. только в одном клиническом случае нами был установлен дентальный имплантат, однако для этого потребовалось проведение 3 последовательных операций костной пластики с использованием аваскулярных аутоотрансплантатов. Аутоотрансплантат на сосудистой ножке не подвергается неконтролируемой патологической резорбции, т.к. имеет самостоятельное кровоснабжение и не зависит от окружающих его условий. Таким образом, использование ревааскуляризированной кости является патогенетически обоснованным методом лечения этой сложной категории больных. Нами предложена новая методика устранения расщелины альвеолярного отростка с использованием бедренного надкостнично-кортикально-губчатого аутоотрансплантата, взятого с переднемедиальной поверхности эпифиза на нисходящей коленной артерии и вене и ревааскуляризированного через лицевые артерию и вену, выделенные со стороны полости рта. Устранение расщелины альвеолярного отростка данным видом аутоотрансплантата дает высокую васкуляризацию реципиентного ложа, а присутствие в его составе надкостницы позволяет обеспечить остеиндуктивный потенциал и воссоздать правильную анатомическую архитектуру «надкостница-кость».

Выводы. Для достижения полноценной функциональной и социальной реабилитации пациентов с данной патологией альтернативным методом выбора хирургического лечения является использование васкуляризированного аутоотрансплантата. Привнесение полноценного кровоснабжения в область диваскуляризации позволяет избежать патологической резорбции аутоотрансплантата, сохраняя адекватные стабильные условия для дальнейшего протезирования с опорой на дентальные имплантаты.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Крюков А.И., Кирасирова Е.А., Резаков Р.А., Мамедов Р.Ф., Лафуткина Н.В.

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

Введение. В основе подскладкового стеноза гортани (ПСГ) лежат патологические процессы, приводящие к замещению нормальных структур рубцовой тканью и сужению просвета с развитием явлений дыхательной недостаточности. Этиология ПСГ разнообразна: постинтубационные изменения, системные и аутоиммунные заболевания. Из существующих методов хирургического лечения ПСГ в настоящее время наиболее часто проводится ларингопластика с резекцией рубцово-измененных тканей. Однако ПСГ продолжает оставаться актуальной проблемой и требует поиска современных и малоинвазивных методов лечения.

Цель работы. Совершенствование и внедрение малоинвазивных методов лечения больных ПСГ.

Материал и методы. С 2014 по 2017 г. на базе ГКБ №1 им Н.И. Пирогова пролечены 34 пациента с ПСГ неясной этиологии. У 10 пациентов на момент поступления в стационар имелась трахеостомия. Всем пациентам проведено клинико-лабораторное обследование, КТ гортани и трахеи, эндофибrolаринготрахеоскопия, исследование функции внешнего дыхания, консультации

и сейчас остается большим. К осложнениям можно отнести вторичное смещение скуловой кости, формирование устойчивых посттравматических деформаций, которые нарушают внешний вид пациента, затрагивают функцию органа зрения и ограничивают подвижность нижней челюсти, а также развитие гнойно-воспалительных осложнений, связанных с отсутствием санации верхнечелюстного синуса.

Целью нашего исследования являлось повышение эффективности лечения пациентов с переломами СГК, сопровождающимися повреждением нижней стенки глазницы, на основе реконструктивного лечения.

Материал и методы. Нами были пролечены 82 пациента с переломами СГК со смещением, сопровождающимся повреждением нижней стенки глазницы. Все пациентки были обследованы в объеме стандартной предоперационной подготовки, выполнена компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Во всех случаях провели репозицию скуловой кости, санацию верхнечелюстного синуса, с последующим его дренированием катетером Фолея, остеосинтез и эндопротезирование нижней стенки глазницы.

Результаты. Ни в одном из случаев мы не встретили гнойно-воспалительных осложнений, связанных с инфицированием эндопротеза нижней стенки глазницы содержимым верхнечелюстного синуса, а также вторичного смещения самого эндопротеза или скуловой кости.

Выводы. Безусловно, при лечении пациентов с переломами СГК важна санация верхнечелюстного синуса, в ходе которой удаляют мелкие костные фрагменты, сгустки крови, участки измененной слизистой оболочки, тем более при необходимости проведения эндопротезирования нижней стенки глазницы, когда риск инфицирования имплантата содержимым пазухи особенно высок.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ВИСЦЕРАЛЬНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ГОРТАНОГЛОТКИ

Ратушный М.В., Поляков А.П., Маторин О.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. С внедрением новых технических достижений в области консервативного лечения опухолей гортани и гортаноглотки разработаны новые протоколы лечения для сохранения органов с применением химиотерапии и лучевой терапии. Современное лечение плоскоклеточного рака гортани и гортаноглотки, как правило, включает в себя несколько методов для оптимизации результатов. В настоящее время наблюдается тенденция к резервированию хирургии в качестве процедуры «спасения» после неудачи других способов лечения. Хирурги повсеместно пытаются уменьшить число осложнений после расширенной ларингэктомии (ЛЭ) и улучшить функциональную реабилитацию в этой скомпрометированной группе пациентов.

Материал и методы. В клинике за период с 1995 по 2018 г. накоплен опыт реконструкции глотки и пищевода различными фрагментами желудочно-кишечного тракта у 118 пациентов со злокачественными опухолями. Для оптимизации подходов к выбору пластического материала для реконструкции нами разработана классификация дефектов гортаноглотки после раз-

личных вариантов ЛЭ: 0 тип – ЛЭ без дефицита тканей; I тип – ЛЭ + дефицит покровных тканей; II тип – ЛЭ+парциальный дефект гортаноглотки; III тип – ЛЭ+циркулярный дефект гортаноглотки; IV тип – ЛЭ+глоссэктомия; V тип – ЛЭ+циркулярный дефект гортаноглотки+экстирпация пищевода. С учетом разработанной классификации был разработан алгоритм выбора висцерального аутоотрансплантата для реконструкции гортаноглотки. В качестве пластического материала использовались следующие свободные аутоотрансплантаты: желудочно-сальниковый лоскут – 46, толстокишечный лоскут – 28, тонкокишечный лоскут – 18, лоскут из фартука большого сальника – 5, подвздошно-толстокишечный лоскут – 4. У 17 больных с целью тотального восстановления глотки и пищевода производилась транспозиция желудочного стебля, толстой или тонкой кишки.

Результаты. Сроки наблюдения за оперированными пациентами колеблются от 2 месяцев до 16 лет. В 8,3% наблюдений был отмечен некроз аутоотрансплантата. Питание через рот было восстановлено у 91,7% оперированных больных после аутоотрансплантации висцеральных лоскутов. У 19 больных после сегментарной фарингопластики была восстановлена и голосовая функция путем трахеопищеводного шунтирования с установкой голосового протеза. Способ аутоотрансплантации подвздошно-толстокишечного лоскута позволил в один хирургический этап выполнить не только удаление пораженных опухолью органов, но и одновременно восстановить утраченные пищепроводную и голосовую функции, не прибегая при этом к помощи искусственных протезов, а используя только собственные ткани.

Заключение. Применение новой классификации дефектов гортаноглотки и алгоритма способствует оптимизации выбора подходящего висцерального аутоотрансплантата при восстановлении пищепроводной и голосовых функций, что приводит к улучшению качества жизни пациентов и скорейшей их медицинской и социальной реабилитации.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВАВА ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Мосин С.В., Тигров М.С., Кропотов М.А., Фейдоров И.Ю., Яковлева Л.П.

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Введение. В настоящее время при хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) кроме традиционных открытых операций и операций из мини-доступа (MIVAT) существуют различные методики без разреза на шее: эндоскопические, робот-ассистированные и трансоральные операции. Робот-ассистированные операции могут иметь преимущество перед остальными эндоскопическими методами благодаря возможностям трехмерного изображения с увеличением и высокой точности манипуляций с минимальным риском повреждения тканей.

Цель. Изучение роботической тиреоидэктомии необходимо для улучшения результатов лечения рака щитовидной железы (РЩЖ).

Материал и методы. Для роботической тиреоидэктомии мы применяли методику BABA (bilateral axillo-breast approach). Противопоказаниями к ее применению являются: большой

объем ЩЖ, рак среднего и высокого риска метастазирования, загрудинный зоб, предшествующие операции на шее. Недостатками являются: необходимость приобретения устойчивых навыков малоинвазивной хирургии у хирурга и высокая стоимость операции. Результаты. В нашей клинике с 2017 г. выполнено 3 робот-ассистированных вмешательства по методике BABA у пациентов с дифференцированным РЩЖ 1–2-й стадий низкого риска метастазирования.

Клинический пример. Пациент 55 лет с папиллярным РЩЖ cT1bN0M0, 1-й стадии. Узел в правой доле 16 мм. Объем железы 9,5 см³. Выполнено хирургическое лечение в объеме робот-ассистированной тиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией по методике BABA. Длительность операции – 3 часа 40 минут. Ионизированный кальций в первые сутки – 1,19. Нарушения фонации нет. Заживление ран без особенностей. Пациент выписан на 3-и сутки. В препарате клетчатки шеи 7 лимфоузлов без метастазов, стадия pT1bN0M0. Осмотрен через 4 месяца после операции, признаков рецидива заболевания нет, уровень тиреоглобулина 0,1 нг/мл, АТ-ТГ 9МЕ/мл. Косметический эффект отличный.

Выводы. Робот-ассистированная тиреоидэктомия при РЩЖ является альтернативным методом хирургического лечения, который может обеспечить сравнимые онкологические результаты хирургического лечения при отличном косметическом эффекте, а хирургам позволит расширять спектр выполняемых операций на органах шеи, как результат дальнейшего освоения методики.

НОВЫЙ МЕТОД МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Алексамян Л.В.¹, Погосян А.Ю.²

¹»ЭЛИТ-МЕД» МЦ, Ереван, Республика Армения

²Гераци №1 больничный комплекс, Ереван, Республика Армения

Введение. В наше время известно много методов межчелюстной фиксации (МЧФ) при переломах нижней челюсти. Самым распространенным и используемым МЧФ является метод В.С. Васильева, который имеет ряд преимуществ перед гнутыми проволочными шинами, однако шины вообще неприменимы при переломах челюстей, лишенных зубов, малоэффективны при недостаточном количестве зубов или при переломе, проходящем вне зубного ряда. Назубные шины требуют много времени для фиксации, травмируют слизистую оболочку полости рта и пародонт, вызывая многочисленные осложнения, которые возникают как во время, так и после снятия шин.

Цель. Создать новый МЧФ – атравматичный, эффективный и малоинвазивный.

Материал и методы. Проведено сравнение метода В.С. Васильева и нового метода МЧФ Алексамян, который был назван в честь автора. Работа проводилась в течение 2015–2017 гг. в отделениях ЛОР и челюстно-лицевой хирургии Гераци №1 больничного комплекса г. Ереван. Контрольную группу составили 113 пациентов с различными переломами нижней челюсти, среди них 4 женщины, 109 мужчин, в возрасте от 15 до 65 лет. Средний возраст больных составил 24–37 лет. Пятидесяти больным МЧФ проводилась по методу Васильева, из которых трем как консервативное лечение под местным обезболиванием, а 47 – постоперационно после фиксации линии перелома мини-пластинами. По методу Алексамян МЧФ проведено 63 больным,

из которых 4 консервативно, 59 – постоперационно. В обеих группах длительность шинирования составляла от 4–6 недель.

Каппы Алексамян изготавливаются из этиленвинилацетата в вакуумной печи на гипсовой модели челюстей. Слепки получают с помощью силиконового слепочного материала в операционной до либо после остеосинтеза в зависимости от прохождения линии перелома. На каждую каппу фиксируют по 4 ортодонтических кнопки для резиновой межчелюстной тяги.

Для сравнительной оценки состояния гигиены полости рта в обеих группах использовали папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Как до проведения шинирования, так и после снятия шин в обеих группах на альвеолярную десну наносился раствор Шиллера-Писарева.

Результаты. Индекс РМА рассчитывают по формуле: $РМА = (\text{сумма баллов} / 3 \times \text{число зубов}) \times 100\%$ Для каждого метода были выявлены минимальные, максимальные и средние результаты, а также была проведена сравнительная оценка обоих методов по тесту Манна-Уитни, которая составила ,000.

Шины Алексамян: $РМА_{\max} = 14,20$ $РМА_{\min} = ,000$ Interval for mean = 7,0187

Шины Васильева: $РМА_{\max} = 68,00$ $РМА_{\min} = 33,40$ Interval for mean = 46,2289

Выводы. Обобщив все вышеизложенное, можно сказать, что шины Алексамян более атравматичные, эстетичные и не требуют длительного времени фиксации по сравнению с обычными проволочными шинами.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ОБСУЖДЕНИЯ И СОГЛАСОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В.
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава РФ,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последние годы обращает на себя внимание возрастающий процент несоответствия результатов предоперационного цитологического исследования и результатов морфологического исследования после удаления опухолей околоушных слюнных желез (ОУСЖ). В своей работе врачи руководствуются клиническим протоколом медицинской помощи при доброкачественных образованиях мягких тканей головы и шеи «Ассоциации челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» от 21.04.2014 и клиническими рекомендациями «Злокачественные опухоли слюнных желез», принятыми Ассоциацией онкологов России и Российским обществом специалистов по опухолям головы и шеи в 2017 г., в которых имеются противоречия. Следует отметить, что по современным стандартам оказания помощи челюстно-лицевой хирург не может оперировать больных злокачественными новообразованиями. В случае верификации злокачественного характера опухоли в лечении участвуют онколог, радиолог, химиотерапевт, что требует междисциплинарного обсуждения алгоритма обследования и лечения больных данной категории.

Цель работы: анализ результатов лечения пациентов с новообразованиями ОУСЖ.

Материал и методы. Анализ результатов предоперационного обследования и оперативного лечения 94 пациентов с опухолями ОУСЖ.

Результаты. Изучены данные предоперационного обследования и оперативного лечения 94 пациентов с новообразованиями ОУСЖ, оперированных в нашей клинике с января 2015 по декабрь 2017 г. (мужчин – 26%, женщин – 74%, средний возраст – 49 лет). Доброкачественные опухоли диагностированы у 90,4% пациентов, злокачественные – у 9,6%. Из больных с рецидивом опухоли ОУСЖ только 1 пациентка ранее оперировалась в нашей клинике. В предоперационном периоде всем больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). После тонкоигольной аспирационной биопсии новообразования осуществлялось цитологическое исследование, результаты которого у всех пациентов соответствовали диагнозу «аденома слюнной железы». Варианты операций: субтотальная резекция ОУСЖ с сохранением лицевого нерва под контролем нейромониторинга (ИОНМ) (67 чел.); субтотальная резекция с нейропластикой лицевого нерва (5 чел.); экстирпация ОУСЖ с опухолью, с сохранением лицевого нерва под контролем ИОНМ (9 чел.); экстирпация с нейропластикой (6 чел.).

Результаты послеоперационного гистологического заключения следующие: плеоморфная аденома – 72, аденолимфа – 9, кисты слюнной железы – 3, саркоидоз – 1. У 9 больных верифицирована карцинома. У данных больных в послеоперационном периоде проведен полный курс лучевой терапии.

Выводы. Закономерно предположить: «Если бы в предоперационном периоде было проведено морфологическое, а не цитологическое исследование, то тактика лечения была выбрана другая». Мы предлагаем коллегиальное обсуждение между онкологами, челюстно-лицевыми хирургами, радиологами и морфологами алгоритма комплексного обследования пациентов и разграничение между цитологическим и морфологическим исследованиями в предоперационном периоде для установления диагноза у пациентов с обсуждаемой патологией.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ НИЖНЕГО ПРЕМОЛЯРА С ОДНОМОМЕНТНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА КАК СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЕБА

*Карачунский Г.М., Сипкин А.М., Тонких-Подольская О.А.
Отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНКИ
им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия*

Введение. Восстановление полноценного зубного ряда и восстановление целостности верхней челюсти у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба одна из актуальнейших проблем комплексного лечения. Учитывая современное развитие медицинской науки, наиболее физиологичное восстановление зубного ряда проводится с использованием дентальных имплантов. Однако у пациентов с врожденными расщелинами альвеолярного отростка имеется резкий дефицит твердых и мягких тканей, а в некоторых случаях встречается адентия в области расщелины. Все это требует комплекса хирургических и ортодонтических манипуляций. К тому же окончательное восстановление зубного ряда на дентальных имплантах возможно только после 18 лет, что влияет на психоэмоциональное состояние ребенка. Большое значение имеет стоимость лечения, часть которого может ложиться на пациентов.

Материал и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии проведено 6 операций – костных пластик альвеолярного отростка с одномоментной аутооттрансплантацией нижнего премоляра у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Возраст пациентов варьировался от 8 до 11 лет. Из 6 пациентов у 5 была односторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба, сочетающаяся с врожденной адентией латерального резца верхней челюсти на стороне расщелины, у 1 пациента – односторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба с врожденной адентией обоих латеральных резцов верхней челюсти. В качестве костнопластического материала при проведении костной пластики альвеолярного отростка применялась аутогенная костная стружка, совмещенная с ксеногенным гранулированным костнопластическим материалом, укрытым PRF аутомембраной.

Результаты. Через 6 мес. после оперативного вмешательства в 5 клинических случаях отмечалось формирование костного регенерата в области расщелины, также отмечалась стабилизация аутооттрансплантированного зуба и отсутствие резорбции корня. В 1 клиническом случае отмечались рецессия десны и прорезывание минипластины с последующей частичной потерей костнопластического материала и выраженной подвижностью аутооттрансплантированного зуба, что стало показанием к его удалению.

Выводы. Методика костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти в сочетании с одномоментной аутооттрансплантацией нижнего премоляра у пациентов с врожденными расщелинами альвеолярного отростка и врожденной адентией латерального резца в области расщелины эффективна и может значительно сократить число хирургических этапов лечения, а также значительно ускорить и повысить эффективность комплексной реабилитации пациентов с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ АНОМАЛИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Денис А.Г.^{1,4}, Абушкин И.А.², Гаврилова О.А.¹, Васильев И.С.³,
Лапин В.О.³, Базина И.Г.⁴, Галиулин М.Я.³*

¹Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

²Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск, Россия

³Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

⁴Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Введение. Сосудистые аномалии (СА) характеризуются широким спектром заболеваний, встречающихся с различной частотой и существенно отличающихся друг от друга, что представляет большие сложности в их диагностике и лечении.

Цель. Основной целью лечения СА было получение наилучшего косметического результата при полном сохранении функций пораженной области.

Материал и методы. С 2001 г. лечили более 5000 детей и взрослых с различными СА. В работе придерживались классификации сосудистых аномалий, принятой международным обществом по изучению сосудистых аномалий (ISSVA). Существенное значение в дифференциальной диагностике СА, в определении стадии развития младенческой гемангиомы (МГ), в выборе метода лечения и контроля его эффективности имели методы,

применением Ti пластин; группа III – остеосинтез с применением комбинированного метода (TiNi+Ti). Фиксацию фрагментов СГК в типичных точках производили с помощью мини-скобок из никелида титана С- и U-образной формы следующих размеров: 1 – =0,8 мм, L=7 мм, L1=4 мм, F=4 Н; 2 – =0,8 мм, L=5 мм, L1=4 мм, F=12 Н, а также мини- и микропластинами прямой, С-образной и L-образной форм.

Результаты. Согласно результатам проведенного клинко-рентгенологического обследования установлено, что перелом в области скулолобного шва в 115 (95,83%) случаях, т.е. в подавляющем большинстве, имел линейный характер. В данной зоне остеосинтез с помощью мини-скобок из никелида титана выполнен у 74 (61,67%) пациентов. В ходе исследования установлено, что средняя длина разреза в области латерального края брови в группе I составила 14,57±1,33 мм (min=10 мм; max=17 мм); в группе II – 19,31±3,44 мм (min=13 мм; max=30 мм); в группе с применением комбинированной методики остеосинтеза – 14,03±1,98 мм (min=10 мм; max=19 мм). В послеоперационном периоде при оценке местного статуса и изучении данных контрольных рентгенограмм во всех случаях положение костных фрагментов было расценено как хорошее и удовлетворительное, положение фиксирующих конструкций было правильным. Следует отметить, что воспалительных осложнений в группе I отмечено не было.

Выводы. Таким образом, остеосинтез с применением мини-скобок из никелида титана как самостоятельный способ, так и в сочетании с титановыми пластинами, является методом выбора при переломах СГК. Предложенная тактика ведет к уменьшению операционной травмы за счет уменьшения длины кожного разреза в области скулолобного шва, а также числа фрезевых каналов в кости, снижает риски развития осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО МАЛОБЕРЦОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ И ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Буцан С.Б., Вербо Е.В., Гилева К.С., Булат С.Г., Салихов К.С., Хохлачев С.Б.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва, Россия

Введение. Комплексная реабилитация пациентов с дефектами челюстей и выраженной атрофией нижней челюсти подразумевает реконструкцию челюсти и прилегающих мягких тканей, установку дентальных имплантатов, восстановление функции зубочелюстной системы путем изготовления ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты, проведения корригирующих операций на мягких тканях челюстно-лицевой области (липофилинг, иссечение рубцов, контурная пластика индивидуальными силиконовыми имплантатами).

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения и реабилитации пациентов с дефектами челюстей и выраженной атрофией нижней челюсти путем применения ревааскуляризуемого малоберцового аутоотрансплантата с учетом принципов обратного планирования реконструктивной операции.

Материал и методы. В период с 2007 по 2017 г., на базе клиники ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» (Москва), проведена комплексная (как функциональная, так и эстетическая) реабилитация 275 пациентов с дефектами челюстей с использованием ревааску-

ляризованного малоберцового аутоотрансплантата, из них 77 (28%) пациентов с дефектами верхней челюсти и 198 (72%) пациентов с дефектами нижней челюсти. Также была проведена комплексная реабилитация 3 пациентов с выраженной атрофией нижней челюсти. Всем пациентам на основании данных МСКТ черепа и голеней, выполняли виртуальное планирование предстоящей операции с учетом требований к будущей ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты, т.е. с соблюдением принципа обратного планирования. Дентальная имплантация проводилась через 3–4 месяца после реконструктивно-пластической операции. В дальнейшем после остеоинтеграции имплантатов (около 3 мес.), изготавливали ортопедические конструкции. При необходимости выполняли корригирующие операции на мягких тканях.

Результаты. Функция зубочелюстной системы у 83 пациентов была реабилитирована с помощью ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты. Осложнения (некроз аутоотрансплантата) наблюдались у 13 (4,72%) пациентов. В последующем эти пациенты были реабилитированы с применением сложных челюстно-лицевых протезов.

Выводы. Возможность забора фрагмента кости длиной до 25 см делает малоберцовый аутоотрансплантат единственным доступным для устранения протяженных дефектов нижней челюсти. По этой же причине он является аутоотрансплантатом выбора для реконструкций верхней челюсти. Хорошее сегментарное периостальное кровоснабжение малоберцовой кости позволяет выполнять множество остеотомий с целью воспроизведения естественных изгибов челюстей. Забор малоберцовой кости отличается минимальными осложнениями со стороны донорской зоны. Применение в клинической практике метода устранения дефектов челюстей и выраженной атрофии нижней челюсти с использованием ревааскуляризованного малоберцового аутоотрансплантата, на основании принципов обратного планирования, позволяет расширить показания к дентальной имплантации и тем самым повысить эффективность комплексной реабилитации пациентов данной категории. Возможность включения в аутоотрансплантат кожной площадки позволяет устранить не только костные, но и мягкотканые дефекты.

IMPROVEMENT OF METHODS OF TREATMENT OF DEFORMATION OF THE LOWER JAWS AFTER OCCURRED ANKYLOSIS TJM IN A CHILD AGE

Professor Topolnitsky O.Z., Kalinina S.A. (Resident)
Moscow state university of medicine and dentistry named after A.I. Evdokimov, department of Pediatric Maxillofacial Surgery

Introduction. This article analyzes the results of treatment of ankylosis of the TMJ and deformity of the mandible. This study is very important and relevant in view of the fact that this disease leads to disability of the child.

Objectives. 1. Determine the indications and contraindications to the elimination of defects and deformations of the mandible after the removal of ankylotic sprouting 2. Determine the factors affecting the formation and progression of deformations of the lower jaw. 3. To create an algorithm for the rehabilitation of children with defects and deformations of the lower jaw.

Materials and methods. From 2015 to 2018, 26 children were observed in our clinic. We prepared children for surgical intervention-analyzed the anamnesis, X-ray examination. We performed 26

surgeries. Three patients were required to give the mandible the correct position operation "Osteotomy of the mandibular branch with the removal of ankylotic sprouting" was performed. Five patients underwent surgery "Osteotomy of the mandibular branch, bone plastic with an autograft from the iliac crest". Twelve patients, in view of the fact that after previous operations the lengthening of the linear dimensions of the lower jaw was determined, the operation "Osteotomy of the mandibular branch with setting the distal jaw in the region of the mandible branch" Four months after setting up the distraction apparatus, the children underwent surgical treatment "Removal of the distraction apparatus". In the postoperative period, all children underwent treatment with a dental doctor-orthodontist, the treatment was carried out on the bracket system. After the surgical treatment, we conducted a retrospective analysis of the results of treatment.

Results and conclusions. 1. We have elucidated the factors and peculiarities of the development of secondary deformations of the lower jaw after the ankylosis of the TMJ. 2. We have created an algorithm for realizing, which includes complex surgical, orthodontic, orthopedic, physiotherapeutic, psychological help at all stages of growth and development of the maxillofacial area in children.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА

*Быковская Т.В., Иванов С.Ю., Бекреев В.В.
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Миздрава РФ (Сеченовский Университет)», Москва, Россия*

Введение. В настоящее время зубочелюстные деформации в сочетании с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) являются одной из распространенных патологий челюстно-лицевой области. В свою очередь частота встречаемости заболеваний ВНЧС на приеме врача-стоматолога составляет от 10 до 70%, при этом данный вид патологии намного чаще встречается у женщин. Ультрасонография является распространенным и доступным методом диагностики внутренних нарушений ВНЧС, которая может применяться совместно с МРТ не только для постановки диагноза, но и для контроля проводимого лечения, оценивая функцию сустава во время движения нижней челюсти в реальном времени.

Цель. Оценить состояние ВНЧС после остеотомии нижней челюсти по поводу врожденных аномалий и ее позиционирования без использования хирургического шаблона.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 15 пациентов (11 женщин и 4 мужчин, 74 и 26% соответственно) с диагнозом «врожденная асимметричная деформация верхней и нижней челюстей». Все пациенты предъявляли жалобы на хрусты и щелчки в ВНЧС. Возраст пациентов варьировался от 20 до 35 лет. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводили с использованием высокочастотного 12 МГц линейного датчика на портативном аппарате Samsung SONO ACE R3 в режиме реального времени в двух статичных положениях (при закрытом рте и при максимально открытом рте) и в динамике в процессе открывания и закрывания рта.

Результаты. По данным УЗИ ВНЧС через 6 месяцев после проведенного хирургического вмешательства, у 93% пациентов структура суставного диска приблизилась к нормальным значениям.

Выводы. Через полгода после проведенной операции остеотомии верхней и нижней челюстей по поводу врожденной асимметричной деформации челюстей состояние суставного диска ВНЧС практически у всех больных достигло нормы, что показало контрольное УЗИ сустава.

АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛАСТИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА И ШЕИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОРАДИОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

*Вербо Е.В., Крайтор А.С., Буцан С.Б., Неробеев А.И.,
Большаков М.Н., Хохлачев С.Б., Черньский М.М.
ЦНИИС и ЧЛХ, Москва, Россия*

Цель. Определить оптимальную тактику хирургического лечения пациентов с остеорадионекрозом челюстей.

Материал и методы. На основе полученных данных после анализа медицинской документации пациентов с остеорадионекрозом костей лицевого скелета, находящихся на лечении в ЦНИИС и ЧЛХ (Москва) с 2010 по 2017 г., выявлен различный подход к устранению дефектов и деформаций мягких тканей и костей лицевого скелета: титановыми конструкциями и углеродными имплантатами, мягкоткаными и костными реваскуляризируемыми аутотрансплантатами, включающими пахово-подвздошный гребень, лопатку и малоберцовую кость, а также осевыми лоскутами – с включением большой грудной мышцы, дельтопекторального лоскута, надключичного лоскута. Выбор тактики лечения больных зависел от сопутствующей патологии, уровня и области облучения, состояния реципиентных сосудов и донорских областей, возраста пациента, наличия отягощающих факторов (курение, наркомания, злоупотребление алкоголем, сложный социальный статус, безответственность пациента и т.п.).

Проведен анализ фотографических, инструментальных (УЗДГ сосудов шеи, денситометрия костей лицевого скелета) и морфологических (биопсия) методов исследования для определения тактических особенностей ведения этой группы пациентов. Выполнено топографо-анатомическое исследование с целью определения максимальной площади и ориентации кожной площадки малоберцового лоскута для устранения сквозных и обширных дефектов мягких тканей.

Результаты. Выявлена нецелесообразность использования различных конструкций для устранения дефектов челюстей после остеорадионекроза лицевого скелета ввиду резкой деваскуляризации костной ткани, подвергшейся облучению, а также особенностями гистопатологических процессов в мягких тканях, попавших в поле лучевой терапии. В 100% случаях трансплантаты любых материалов прорезывались, остеонекротический процесс продолжался. Лоскуты на сосудистой ножке в состоянии остановить остеонекротический процесс только при условии привнесения адекватного кровоснабжения в область дефекта, однако при использовании таких лоскутов страдает функция челюсти из-за невозможности зубной имплантации и ограничения движений, а попытка повторно установить титановую металлоконструкцию в 78% случаев также заканчивается неудачей.

Благодаря собственным исследованиям, а также анализу зарубежной литературы выяснено, что использование реваскуляризированной кости является патогенетически обоснованным методом

лечения. Согласно проведенному сравнительному анализу данных ультразвуковых исследований сосудов реципиентной области с данными, полученными в ходе гистологического исследования сосудов шеи, выявлена их несостоятельность на стороне облучения, выраженная активным фиброзом и утолщением стенки сосудов, уменьшением их просвета и объема циркулирующей в них крови за единицу времени по сравнению с контралатеральной стороной. Это служит убедительным доказательством проведения реваскуляризации на противоположной облучению стороне.

Сотрудниками клиники, входящими в рабочую группу, предложена оригинальная методика формирования костной части малоберцового аутотрансплантата, заключающаяся в моделировании концевых фрагментов по типу «замковой фиксации», что дает возможность увеличить объем васкуляризации реципиентной костной ткани из донорской за счет увеличенной площади контакта воспринимающих поверхностей. Согласно сравнительному анализу денситометрии КТ снимков до и после операции по предложенной методике с КТ снимками пациентов, которым проводилась классическая моделировка костной части аутотрансплантата, определена наилучшая костная интеграция у первой группы пациентов, что является благоприятным условием для последующей имплантации. Устранение сквозных дефектов мягких тканей обеспечивается формированием большей по площади кожной площадки, после частичной дезэпидермизации которой создается как наружная, так и внутренняя выстилка.

Выводы. Понимание патогенетических механизмов, лежащих в основе остеорадионекроза, обуславливает необходимость привнесения полноценного кровоснабжения в зону возникшей деваскуляризации после лучевой терапии, что всегда останавливает прогрессию заболевания и обеспечивает выздоровление больных этой сложной категории. Для достижения полноценной функциональной и социальной реабилитации пациентов методом выбора лечения является использование хорошо васкуляризованных тканей из отдаленных участков. Оригинальная моделировка и дизайн аутотрансплантата повышает вероятность благоприятного исхода лечения пациентов и обеспечивает возможность повторных оперативных вмешательств, направленных на улучшение эстетического результата.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СОВРЕМЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ДЕКОМПРЕССИИ ОРБИТЫ

*Коновалов К.А., Давыдов Д.В., Рошин В.Ю.
Кафедра реконструктивно-пластической хирургии с курсом офтальмологии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия*

Введение. На сегодняшний день для деструкции костных стенок орбит используется различный инструментарий со своими достоинствами и недостатками.

Цель. Сравнить ультразвуковой скальпель и бормашину при выполнении остеоперфораций во время моделирования декомпрессии орбиты и течение послеоперационного периода у кроликов.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проводилось in vivo 6 кроликам рода Шиншилла, которым выполнили 6 остеоперфораций на правых лопатках ультразвуковым скальпелем и 6 остеоперфораций на левых лопатках с помощью бормашины. Лопаточную кость взяли как модель стенки орби-

ты, которая не ассоциирована с жизненно важными центрами организма и удобна для хирургического вмешательства.

В соответствии с фазами течения раневого процесса и регенерации костной ткани, кроликов поделили на 3 группы, и были определены сроки выведения животных из эксперимента соответственно через 7, 21, 60 дней (Н.С. Сердюченко, 1965; А. Pine, R. van Heyningen, 1968; Г.И. Лаврищева, 1996). После выведения животных из эксперимента и во время операции был выполнен забор прилегающей области костного отверстия с окружающими ее мягкими тканями, сформированной в результате остеоперфорации.

Результаты. Оперативное вмешательство все кролики перенесли удовлетворительно, послеоперационных осложнений не отмечалось. Среднее время оперативного вмешательства с использованием ультразвукового скальпеля составило 12 мин., с помощью бормашины – 15 мин.

В результате воспалительный процесс, зафиксированный на серии гистологических препаратов правой и левой лопаток кроликов после выполнения остеоперфораций ультразвуковым скальпелем и бормашинной, более выражен в мягких тканях с левой стороны в первые 7–21 суток, характеризующийся более выраженным отеком, отложениями гемосидерина и плотной инфильтрацией. Также в результате исследования, отмечается замедленная пролиферация и созревание волокнистой соединительной ткани слева по сравнению с противоположной стороной. Костная ткань на выходе из опыта характеризуется сопоставимыми результатами, а именно формированием незрелых костных балок с обеих сторон.

Выводы. В результате к преимуществам ультразвукового скальпеля можно отнести такие характеристики, как меньшая травматизация окружающих тканей при работе в раннем послеоперационном периоде, а также менее выраженная воспалительная реакция операционной раны по сравнению с бормашинной.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ

Решетов И.В.^{1,2}, Сукорцева Н.С.¹, Святослав Д.С.¹, Шевалгин А.А.^{1,2}, Насилевский П.А.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия

Введение. Современной тенденцией развития хирургии онкологических заболеваний головы и шеи является внедрение в практику робот-ассистированных минидоступов и эндовидеохирургических вмешательств. Высокий уровень точности, надежности функциональности роботических систем расширяет возможности хирургов и улучшает качество оказываемой медицинской помощи.

Материал и методы. В клинике пластической хирургии ПМГМУ им. И.М. Сеченова был разработан ряд способов лечения онкологических заболеваний головы и шеи у пациентов, находящихся на ранних стадиях развития онкологического заболевания (T1-T2) и не желающих иметь рубцов на видных местах. Применялись гибридные методики, сочетающие в себе робот-ассистированные и эндовидеохирургические доступы, обеспечивающие минимизацию риска кровопотери и прецензионность хирургических действий. Во всех случаях проводился безгазовый способ удаления опухолей с формированием подкожного тоннеля. С

целью оптимизации визуализации новообразований пациенты проходили обследование на МСКТ 640. Успешно проведено 17 операций. Четыре операции были выполнены на щитовидной железе из подмышечного доступа у женщин, не желающих иметь рубец на передней поверхности шеи. Одна операция проведена на лимфатических узлах шеи из заушного доступа у пациента с метастазами опухоли носоглотки. Также было выполнено 7 операций трансоральным способом в ротоглотке, из них 2е выполнены трансоральным способом при удалении опухолей полости носа и 2 ларингоэктомии из переднего шейного доступа, 1 микрохирургическая аутоотрансплантация. Осложнения встретились у одного пациента ввиду расхождения швов полого органа в области передней стенки верхней трети пищевода.

Результаты. Особенностью течения послеоперационного периода была ранняя активация пациентов, сокращение сроков нахождения в стационаре, а также удовлетворительный косметический результат.

Заключение. Ранняя активация пациентов, а также сокращение сроков реабилитационного периода после хирургического лечения у данной группы больных позволяет в короткие сроки перейти к следующим этапам лечения (химиотерапия, лучевая терапия), улучшая качество жизни пациентов за счет комбинированного подхода в лечении опухолей головы и шеи. Внедрение в практику роботических технологий успешно продвигает хирургию вперед, позволяя комбинированно подойти к выполнению онкологического протокола в отношении пациентов, имеющих небольшие размеры новообразований в области головы и шеи.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЭПИТЕЛИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ТКАНЕИНЖЕНЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Григорьевский Е.Д., Пискунова Н.Н., Сафронова Е.И., Кольченко С.И., Раимов М.Б., Касим Т.Х., Бегович Е.

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ
(Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Введение. Работа направлена на рассмотрение способов фиксации синтетического материала в просвете трахеи для заживления дефекта слизистой оболочки в эксперименте.

Цель. Разработать экспериментальную модель для изучения регенерации слизистой оболочки верхних дыхательных путей, а также метод фиксации синтетического матрикса в просвете полого органа.

Материал и методы. В качестве животной модели использовали кроликов породы Chichilla весом около 4 кг. Сформировали 5 групп, на которых провели ряд оперативных вмешательств. 1-я группа – реваскуляризация трахеи частично по методу Hardillo и соавт. (2001); 2-я группа – нанесение дефекта слизистой оболочки и подслизистой основы трахеи (половина длины окружности трахеи в ширину, 1,5 см в глубину); 3-я группа – закрытие дефекта путем подшивания матрикса на основе хитозана с расширенным доступом в трахею; 4-я группа – фиксация матрикса в просвете трахеи при помощи сосудистого стента. Кроликов погружали в золотильный наркоз, при вмешательствах в просвете трахеи проводили искусственную вентиляцию легких.

Результаты. Преваскуляризированные трахеи двух контрольных кроликов окрасили *in vivo* через сосуды в питающей ножке.

В обоих случаях краситель распределился только в пределах сосудов фасциального лоскута. При гистологическом исследовании данных в пользу прорастания сосудов в подслизистый слой трахеи не получено. Для кроликов критическим дефектом является дефект не менее 1,5 см в длину и не менее 50% окружности трахеи. Клиническая картина критического дефекта преваскуляризированной трахеи не отличалась от картины в контрольной группе. Сделан вывод, что преваскуляризация на заживление критического дефекта не влияет.

Способы фиксации синтетических матриксов в просвете трахеи: подшивание матрикса; матрикс, фиксированный швами, не прилегал к трахее, что привело к накоплению под ним большого количества воспалительного экссудата и способствовало дополнительному инфицированию матрикса и зоны повреждения. В результате замедлился процесс заживления дефекта по сравнению с контрольной группой, просвет трахеи заметно сузился. Кроме того, ввиду обширности доступа в трахею послеоперационный период протекал тяжело. В связи с полученным результатом стала очевидна необходимость иного, более щадящего способа фиксации матрикса на раневой поверхности. Группа с матриксом, фиксированным стентом: по сравнению с предыдущей группой снижена травматизация животного во время операции, сокращено время наркоза, удалось добиться плотного прилегания матрикса к зоне дефекта, микроскопически – множественные зоны, где уже началась регенерация подслизистого слоя, по краям дефекта видна регенерация эпителия.

Выводы. Предложенная экспериментальная модель проста в исполнении, позволяет моделировать любые повреждения верхних дыхательных путей и различные способы лечения. Фиксация матрикса в просвете трахеи с помощью стента – удобный и малотравматичный способ, осуществимый бронхоскопически. Такой метод применим и в других полых (трубчатых) структурах при правильном подборе стента и синтетического материала.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАМАН-ФЛУОРЕСЦЕНТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ

Тимурзиева А.Б., Никифорова Г.Н., Свиштушкин В.М., Александров М.Т.

*1 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава РФ
(Сеченовский университет), Москва, Россия*

Введение. Воспалительные заболевания глотки значительно снижают качество жизни пациентов и относятся к одним из наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов, лечение и диагностика которых приводят к существенным экономическим потерям. На сегодняшний день существует огромное число методов диагностики патологии глотки, однако поиск высокочувствительных, специфичных, быстрых, малоинвазивных и эффективных способов продолжается. К подобным методам можно отнести оптические технологии, такие как раман-флуоресцентная спектроскопия, основной принцип действия которой заключается в применении эффекта комбинационного рассеяния света, позволяющего зарегистрировать индивидуальные спектральные особенности ткани, ее структуру и метаболическую составляющую на молекулярном уровне.

Материал и методы. Было проведено изучение возможности и эффективности использования раман-флуоресцентной спектроскопии в диагностике воспалительных заболеваний

глотки. Были обследованы как здоровые добровольцы (n=69), так и пациенты с хроническим тонзиллитом компенсированной и декомпенсированной форм (n=128); а также хроническим фарингитом (гипертрофической формой; n=32). Измерения проводились как *in vivo*, так и *in vitro* с использованием аппаратно-программных комплексов «EnSpectr R532» и «EnSpectrM405» с длинами волн 532 нм и 405 нм соответственно.

Результаты и выводы. В ходе исследования были получены спектры и индивидуальные показатели, характеризующие морфометрические, метаболические и функциональные особенности тканей глотки в норме и при воспалительном процессе. Полученные результаты свидетельствуют о возможности и перспективах использования метода раман-флуоресцентной спектроскопии в диагностике воспалительных заболеваний глотки как *in vivo* (при хроническом тонзиллите и хроническом фарингите), так и *in vitro* (при хроническом тонзиллите).

СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА С ИНЪЕКЦИЕЙ СОСУДОВ ЦВЕТНЫМ СИЛИКОНОМ

Шкарубо М.А., Добровольский Г.Ф., Полев Г.А., Шкарубо А.Н.
Тархнишвили Г.С., Спицына Л.И., Карнаухов В.В., Быканов А.Е.,
Андреев Д.Н., Коваль К.В., Чернов И.В.

¹ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко»

Минздрава РФ, Москва, Россия

²ФНКЦ «ДГОИ им. Дмитрия Рогачева», Москва, Россия

³Химкинское судебно-медицинское отделение ГБУЗ МО Бюро СМЭ,
Московская область, Россия

Введение. Полное понимание анатомии центральной нервной системы (ЦНС) является фундаментальной частью обучения

нейрохирурга и напрямую зависит от всестороннего изучения топографической анатомии головы и шеи с использованием трупных образцов. Окрашивание сосудов артериальной и венозной систем трупного образца помогает детально изучить васкуляризацию анатомических структур головного мозга.

Цель: изготовление наглядных анатомических препаратов с инъекцией сосудов цветным силиконом для изучения анатомии головного мозга и основания черепа

Материал и методы. Используется незафиксированный цельный труп (с неповрежденной головой), без патологии ЦНС не позднее, чем через 48 часов после смерти. На шее трупа с обеих сторон выделяются магистральные сосуды (внутренние сонные артерии и внутренние яремные вены). Изолированные сосуды канюлируются мягкими пластиковыми катетерами и промываются водопроводной водой. Затем комплексный раствор, состоящий из силиконового каучука, силиконового масла-растворителя, красного, синего пигментов и катализатора-отвердителя, вводят в сосудистую систему. Красный пигмент используется для окрашивания артериальных сосудов, а синий – для окрашивания венозной системы. Через 40–60 минут инъецируемый раствор затвердевает, и можно продолжить диссекцию.

Результаты. Предлагаемый нами метод позволяет быстро и качественно визуализировать как крупные, так и очень мелкие сосуды головного мозга и основания черепа. Полученные таким образом препараты могут использоваться в образовательных целях, помогая изучать нормальную и топографическую анатомию головного мозга, а также разрабатывать новые микрохирургические и/или эндоскопические подходы и оптимизировать существующие

Выводы. В опытных руках предложенный метод позволяет создавать анатомические препараты относительно быстро, с низкой стоимостью и с отличным качеством.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
VI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО КОНГРЕССА ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ
ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МОСКВА, 17–19.05.2018

Сдано в набор 02.04.2018. Подписано в печать 04.05.2018. Бум. офсет. 205x290
Гарнитура HeliosC. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

Москва, ул. Речников, д. 21, стр. 7, «Лакшери Принт», телефон: +7 (495) 775-91-60
www.headneckfdr.ru

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ



Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи **17–19 МАЯ 2018, МОСКВА**

Национальный медицинский
исследовательский центр нейрохирургии
имени академика Н. Н. Бурденко.

Президент Конгресса — директор Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. академика Н. Н. Бурденко — академик РАН Потапов А. А.
Президент Федерации специалистов по заболеваниям органов головы и шеи — академик РАН Решетов И.В.

Прямые трансляции из операционной («живая хирургия») и специальные гости:

- Prof. Dan Fliss (Израиль), prof. Chi Yang (Китай), проф. Голубцов А.К. (Россия) — Шейная лимфодиссекция. Хирургические школы различных стран
- Prof. Chi Yang (Китай) — операция на височно-нижнечелюстных суставах — эндопротезирование и артроскопическая репозиция диска
- Prof. Milan Knezevic (Испания)
- Prof. M. Benazzo (Италия) — электрохимиотерапия
- Проф. Коновалов Н.А. (Россия) — удаление интрамедуллярной опухоли на шейном отделе позвоночника
- Проф. Диаб Хассан (Россия) — отомикрохирургия (3D)
- Проф. Черкаев В.А. (Россия) — удаление опухоли верхнечелюстной пазухи (3D)
- К.м.н. Нажмудинов И.И. (Россия) — микрохирургия гортани (3D)



Первая в России онлайн трансляция операций на органах головы и шеи в формате 3D при поддержке генерального спонсора — компании

Stormoff

ОРГАНИЗАТОР

СООРГАНИЗАТОРЫ



Реклама

T evENT
PR
TIME

Компания-организатор
конгресса
Ольга Сдвижкова
+7 (965) 348-88-00
time.event-pr@mail.ru

HEADNECKCONGRESS.RU

