

# Оториноларингологи — в авангарде медицинской мысли

По итогам конференции Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов

**20-22 мая в ТОК «Судак» (г. Судак, АР Крым) состоялась ежегодная весенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Современные методы диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов».**

Ранее форумы, посвященные оториноларингологии, проводились в различных уголках живописного крымского полуострова: в городах Севастополе и Ялте, Керчи и Алуште, Симферополе и Евпатории. Однако именно г. Судак, который в этом году отмечает свой 1800-летний юбилей, стал традиционным местом встречи и, без преувеличения, уже родным для ученых, практических врачей, организаторов здравоохранения, представителей фармацевтического бизнеса, деятельность которых связана с оториноларингологией.

Формат конференции предполагал не только профессиональную активность врачей, но и возможность посетить выставку медицинской техники и ЛОР-инструментария, лекарственных препаратов и профильной литературы, обмен опытом с коллегами, интересную культурную составляющую (желающие могли принять участие в обзорной экскурсии к Генуэзской крепости, насладиться живописной природой «кипарисового, морем омывтого в солнечной россыпи Крыма» и целебным морским воздухом, выступлениями артистов Украины).

Активное участие в организации мероприятия приняли сотрудники кафедры оториноларингологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского; с приветственным словом к участникам обратились депутат Верховной Рады Украины Борис Давыдович Дейч, проректор по научной работе КГМУ им. С.И. Георгиевского, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Владимирович Кубышкин, заведующий кафедрой отоларингологии КГМУ им. С.И. Георгиевского, доктор медицинских наук, профессор Александр Васильевич Завадский, главный оториноларинголог АР Крым Анатолий Григорьевич Балабанцев.

О высоком уровне мероприятия свидетельствуют насыщенность научной программы (за два лекционных дня в рамках четырех заседаний было представлено около 100 устных и 20 постерных докладов; проведен круглый стол по оптимизации протоколов лечения новообразований носовой полости и околоносовых пазух), проблематика предложенных к обсуждению тем, интерес со стороны зарубежных экспертов (в этом году гостями форума стали специалисты из России, Швеции, Молдовы). Основными принципами организации конференции стали оптимальное сочетание науки и практики, фокусирование на интеграции инновационных методик в реальную клиническую практику, тесное взаимодействие профессионалов по междисциплинарным проблемам, лежащим в плоскости нескольких специальностей.

## Диагностика

Темой сразу нескольких докладов стали перспективы использования конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в диагностике пораженной челюстно-лицевой области и ЛОР-органов. **Доцент кафедры болезней уха, горла и носа ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, заведующий ЛОР-отделением Донецкого ринолитоического центра, кандидат медицинских наук Дмитрий Сергеевич Боенок** представил результаты использования данного метода, накопленные в учреждении за период с июля 2011 г. по май 2012 г. КЛКТ была выполнена 273 больным с различной патологией носа и околоносовых пазух.



Ученый отметил, что компьютерная томография (КТ) — неинвазивный метод послойного исследования внутренней структуры объекта, предложенный в 1972 г. Годфри Хаунсфилдом и Алланом Кормаком (в дальнейшем были удостоены Нобелевской премии), — стал настоящей революцией в области диагностики.

Современные спиральные компьютерные томографы и мультиспиральные томографы характеризуются достаточно высоким уровнем лучевой нагрузки (1000-3000 мкЗв за одно исследование), что ограничивает активное применение данного метода в ринологии. Использование КЛКТ характеризуется более низкой лучевой нагрузкой (15-60 мкЗв в зависимости от области сканирования, что в 50-60 раз ниже таковой при применении спиральной и мультиспиральной КТ); данная характеристика является весомым преимуществом при обследовании детей, беременных, больных с заболеваниями щитовидной железы и патологией крови, а также пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении. Принципиальное отличие — форма луча: при спиральной и мультиспиральной КТ используется плоскостной (верный) луч, при КЛКТ — конусный.

КЛКТ — новая технология, позволяющая врачу самостоятельно анализировать трехмерные изображения, детально изучить исследуемый объект, делать произвольные сечения, проводить необходимые измерения в масштабе 1:1.

Д.С. Боенок представил снимки трех пациентов с различной патологией (одонтогенным гайморитом, сфеноидитом и хроническим полипозным риносинуситом). Ученый подчеркнул, что у пациентки С., 23 лет, наблюдалась выраженная клиника сфеноидита (с эпизодами потери сознания),

тогда как изменения со стороны костных структур были минимальны. С помощью КЛКТ были выявлены образования в задней группе решетчатого лабиринта и на передней стенке клиновидной пазухи в верхних отделах.

Многочисленные преимущества КЛКТ (минимальная лучевая нагрузка, простота и удобство в ведении базы данных в цифровом виде, возможность проследить динамику, доступность (стоимость в пределах 350-450 грн) позволяют рекомендовать указанный метод для более широкого использования в оториноларингологической практике.

**Доктор медицинских наук, профессор кафедры лучевой диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Татьяна Михайловна Бабкина и Е.А. Демидова (Военно-медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса)** акцентировали внимание на практических аспектах использования КЛКТ. Среди недостатков метода можно выделить ограниченную возможность изображения мягких тканей, небольшую площадь сканирования (максимальный размах сенсора — 29×19 см), возможное положение во время экспозиции — только сидя или стоя (в зависимости от модели томографа).

Качество полученного изображения оценивают по следующим параметрам:

- интересующая область полностью находится в поле зрения;
- нет артефактов, связанных с движением пациента во время съемки;
- нет асимметрии;
- различимы мельчайшие структуры.

КЛКТ нашла широкое применение в челюстно-лицевой хирургии, стоматологии, оториноларингологии, также метод используется в нейрохирургии и офтальмологии.

С помощью КЛКТ можно планировать объем предстоящего оперативного вмешательства, а также диагностировать:

- воспалительные заболевания придаточных пазух;
- доброкачественные опухоли и опухолевидные образования в придаточных пазухах;
- кистоподобные образования в придаточных пазухах;
- травмы придаточных пазух и височной кости;
- аномалии развития ЛОР-органов;
- инородные тела придаточных пазух.

Малоинформативен указанный метод в случае злокачественных опухолей придаточных пазух носа, сосудистых новообразований, аневризм, артериовенозных мальформаций, лимфаденоитов, менингитов, опухолей и инородных тел гортани; в указанных клинических ситуациях более целесообразно использовать магнитно-резонансную терапию (1,5-3 Тл), ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием, контрастную мультиспиральную КТ (толщина среза — не менее 1-2 мм).

Также докладчик акцентировала внимание на режиме МІР (максимально интенсивные проекции), при котором с помощью математического алгоритма происходит дифференцировка участков с низкой и высокой плотностью в соответствии со шкалой Хаунсфилда. Изображения в МІР-режиме позволяют оценивать качество пломбирования корневых каналов зубов, диагностировать инородные тела высокой плотности (пломбировочный материал, металлические элементы), осуществлять динамическое наблюдение пациентов, которым был выполнен остеосинтез.

## Хирургия

К редким заболеваниям (в настоящее время в литературе описано приблизительно 200 случаев патологии) относится так называемый синдром молчащего синуса (СМС). Под СМС подразумевают односторонний коллапс верхнечелюстного синуса, пролапс нижней орбитальной стенки, связанный с отрицательным антральным давлением, на фоне отсутствия клинических проявлений (англ. silent — молчаливый), впервые описан Montgomery в 1964 г. Точная причина патологии не установлена.

Заболевание чаще возникает у пациентов в возрасте 35-40 лет и характеризуется:

- прогрессирующим экзофтальмом;
- медленным прогрессированием;
- наличием диплопии;
- асимметрией лица, западением мягких тканей щеки.

Средний период с момента появления симптомов до установления диагноза — 6,5 мес.

Как подчеркнула **Лейла Медатовна Омерова (клиника оториноларингологии Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Украины, г. Киев)**, СМС следует дифференцировать с остеомиелитом верхней челюсти, опухолями, травмами глазницы, системными заболеваниями (синдромом Вегенера, склеродермией), атрофией мышц лица и др. Заподозрить СМС можно по выявленному при проведении рентгенографии снижению пневматизации синуса, опущению орбитальной стенки и уменьшению размеров пазухи, однако более информативным диагностическим методом является КТ.

Докладчик сосредоточила внимание присутствующих на хирургическом лечении патологии: на 1-м этапе рекомендуется восстановление аэрации верхнечелюстного синуса путем унцилатомии или наложения соустья в нижнем носовом ходе; на 2-м (при сохранении экзофтальма) — пластика нижней стенки глазницы в течение 6-12 мес. В 2012 г. Cardesin предложил одноэтапный метод оперативного вмешательства.

Коррекция орбитальной стенки производится трансконъюнктивальным доступом, с использованием различных имплантов (силиконовых, Мисгорог, костного аллогraftа, покрытого пористым полиэтиленом).

Л.М. Омерова представила два клинических случая, описывающих пациентов, находящихся под наблюдением с 2011 г., и подтверждающих высокую эффективность хирургических методов.



Во многом с упомянутым выступлением переключился доклад гостя из России, **заведующего кафедрой оториноларингологии Курского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Серафима Захаровича Пискунова**, подробно рассмотревшего клинические и рентгенологические особенности фиброзной остеодисплазии, СМС и незавершенной пневматизации околоносовых пазух.

## Пластическая хирургия

Опыт коррекции наружного отдела носового клапана (НК) поделился **заведующий отделением ЛОР-воспалительных заболеваний Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины (г. Киев), кандидат медицинских наук Дмитрий Александрович Зинченко**. Его доклад, находящийся на стыке отоларингологии и пластической хирургии, был проиллюстрирован показательным видеороликом и серией фотографий и вызвал огромный интерес у присутствующих.



Ученый отметил, что большинство монографий и работ посвящены расширению внутреннего отдела НК (к нему относят септальный хрящ (СХ), каудальный отдел треугольного хряща, передний конец нижней носовой раковины), тогда как пластике его наружного отдела (состоит из колломеллы, латеральной ножки крыльчатого хряща, дна преддверия носа) уделяется недостаточное внимание.

НК представляет собой самое узкое место носовой полости: во время вдоха и выдоха он обеспечивает около 50% носового сопротивления. Согласно законам физики НК стремится к спадению/сужению; полного спадения в норме не происходит благодаря упругости крыльчатого хряща. Если отрицательное давление в носовой полости сильнее упругости, возникает коллапс крыльев носа. Сужение наружного отдела НК наблюдается также при искривлении каудального отдела СХ.

После удаления выступающего каудального отдела СХ кончик носа теряет упругость, в случае большого размера носа есть риск спадения и нарушения эстетики.

В отделении, руководителем которого является Д.А. Зинченко, разработана простая в исполнении методика пластики наружного отдела НК. Ученый предлагает выкраивать из удаленного СХ трансплантаты (они используются в дальнейшем): относительно ровный лоскут для повышения упругости колломеллы и выпуклые участки для армирования крыльчатого хряща.

После обработки верхней переходной складки спиртом через мягкие ткани в направлении колломеллы аккуратно вводят «москит», раздвигая медиальные ножки хряща. Инструмент продвигается медленно, чтобы избежать выведения наружу через кожу и формирования слишком длинного туннеля (при его создании следует ориентироваться на размеры хрящевого лоскута). Затем следует определить



верхний край туннеля и ввести лоскут аутоотепального хряща с помощью «москита» между медиальными ножками нижних латеральных хрящей; потребность в фиксации отсутствует (раневой канал в месте основания колюмеллы изогнут на 90 градусов, что делает механическое выпадение трансплантата невозможным; прошивание можно проводить в случае изначального искривления медиальных ножек).

Такое вмешательство обеспечивает упругость кончика носа, адекватное носовое дыхание. Если имеется тенденция к спадению крыльев носа, рекомендуется армирование: выполняются узенький краевой разрез лезвием 15-го размера под наружным краем крыла носа (подкожно), создание кармана. Выпуклостью, обращенной вверх, в карман вводится лоскут аутоотепального хряща и полностью в него погружается; аналогичные манипуляции осуществляются с противоположной стороны. На месте разрезов обязательно накладываются швы (обычные витые), поскольку при растампировании носа возможен выход трансплантатов из карманов. Снятие швов выполняют, как правило, на 5-6-й день.

Д.А. Зинченко акцентировал внимание на том, что за четыре года на базе отдела выполнено 122 вмешательства с использованием указанной методики (у 70 пациентов с искривлением каудального отдела перегородки носа, у 32 больных со слабостью латеральных ножек крыльчатых хрящей, у 20 — с сочетанной патологией). Спустя месяц после операции все пациенты отмечали улучшение носового дыхания; в 1-й группе регистрировали достоверное увеличение площади сечения наружного отдела НК, отсутствие случаев провисания кончика носа, во 2-й — отсутствие коллапса крыльчатых носа, в 3-й — все указанные признаки, что позволяет классифицировать описанный метод как высокоэффективный, безопасный (выход трансплантата произошел только в одном случае из 122) и экономически доступный способ улучшения носового дыхания.

Докладчик указал также на различия описанного вмешательства и сходной методики, разработанной профессором А.Е. Белоусовым (г. Санкт-Петербург, РФ), предполагающей на 1-м этапе фиксацию лоскута к *spina nasalis*, что противоречит принципам пластической хирургии.



На аспектах коррекции наружного отдела носа при несращении неба и верхней губы остановилась научный сотрудник отделения воспалительных заболеваний ЛОР-органов Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины (г. Киев), кандидат медицинских наук Наталья Александровна Пелешенко.



В силу медицинской, эстетической и социальной значимости деформация наружного отдела носа является достаточно серьезной проблемой и для специалиста, и для пациента: нарушения пропорции и сбалансированности лицевого скелета характеризуются различными функциональными нарушениями и существенно ухудшают качество жизни и социальную адаптацию больного. Частота несращения твердого неба и верхней губы, которое в 100% случаев сопровождается деформацией наружного носа, — 1:650 тыс. новорожденных. Данный порок развития, возникновение которого может обусловить широкий спектр причин — от генетических аномалий до профессиональных и экологических влияний, занимает первое место в структуре врожденной патологии лицевого скелета.

Выделяют несращение мягкого, мягкого и частично твердого неба, одностороннее и двустороннее полное несращение твердого неба и верхней губы. В зависимости от типа расщелин у ребенка диагностируют нарушение питания, внешнего дыхания, речи, слуха, повышается риск развития респираторной патологии, что обуславливает необходимость участия в лечении и реабилитации таких пациентов врачей различного профиля — ортодонтот, оториноларинголог, логопедов, психологов.

Чаще всего деформация наружного отдела носа выражается в виде диспропорции крыльев носа и ноздрей: горизонтальных (широкие/узкие/толстые крылья носа и ноздри), вертикальных (высокие/низкие основания крыльев, нарушение соотношений крыльев и кончика носа), сагитальных (короткие, длинные, круглые ноздри). В большинстве случаев у пациентов с несращением твердого неба и губы диагностируются сагитальные деформации (как правило, одностороннее опущение крыла носа, деформации латеральных ножек и др.).

Как отметила докладчик, лечение описанного порока достаточно сложное, может быть начато сразу после рождения ребенка и предполагает выполнение хейлоринопластики (восстановление анатомии верхней губы и носа, выполняется в возрасте 2-3 мес), уранопластики (пластика твердого и мягкого неба — в 6-8, 12-14 мес), костнопластических операций (с 12 лет). Вопрос коррекции деформаций наружного отдела носа рассматривается, как правило, во взрослом возрасте. Общепринятой тактикой является резекция тканей в переднем отделе ноздри, повышение уровня крыла носа, иссечение рубцовой ткани, что позволяет восстановить анатомическую целостность наружного отдела носа.

Н.А. Пелешенко предложила к рассмотрению метод коррекции наружного носа при несращении твердого неба



и верхней губы путем использования аутохряща (хряща четырехугольной носовой перегородки или ушного хряща), разработанный в отделении воспалительных заболеваний ЛОР-органов. За период с 2007 по 2011 г. с использованием указанной методики было прооперировано 32 пациента, перенесших первичное хирургическое вмешательство в детском возрасте. Коррекция имеющихся нарушений производилась одномоментно и сопровождалась хорошими клиническими результатами.

«Ринопластика напоминает мне океанский лайнер, поднявшись на борт которого вы понимаете, что плыть придется долго, что вряд ли у вас получится сойти на берег, зато во время путешествия вас ждут изысканные яства и множество собственных открытий», — процитировала слова одного из известных пластических хирургов Н.А. Пелешенко.

#### Онкология

Все большее применение в клинической практике находят инновационные методы лечения. В частности, опытом радиохирургического лечения акустической невриномы (АН) поделился оториноларинголог Крымского республиканского учреждения «Клиническая больница им. Н.А. Семашко», доцент кафедры оториноларингологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, кандидат медицинских наук Василий Владимирович Богданов (г. Симферополь). Он отметил, что на долю АН — доброкачественной опухоли VIII пары черепно-мозговых нервов, возникающей из шванновских клеток его оболочки, — приходится 6% в структуре всех черепно-мозговых новообразований и 85% — в структуре опухоли мостомозжечкового угла. К основным клиническим проявлениям патологии относят одностороннюю сенсоневральную тугоухость или внезапную потерю слуха, шум в ушах. В настоящее время существует несколько методов



лечения АН: хирургическое вмешательство, радиохирургическая терапия, тактика наблюдения и сканирования (scan and wait). Несмотря на то что, благодаря использованию операционного микроскопа и магнитно-резонансной томографии (МРТ), в 98% удается осуществить полную резекцию опухоли, а смертность составляет менее 1%, хирургическое вмешательство сопряжено с высоким риском развития осложнений — пареза лицевого нерва, потери слуха, гидроцефалии, ликвореи, менингита.

Стереотаксическая терапия может проводиться с использованием трех источников излучения:

- фотонов (6 МэВ), генерируемых с помощью кибер-ножа;
- гамма-квантов (1,25 МэВ) радиоактивного кобальта (с помощью гамма-ножа);
- протонов.

В.В. Богданов отметил, что в настоящее время в Украине доступна терапия доброкачественных и злокачественных опухолей с помощью кибер-ножа, и представил показательный клинический случай лечения пациента К., 55 лет, который впервые обратился за помощью в конце 2010 г. с жалобами на прогрессирующее снижение слуха и шум в левом ухе в течение 3 лет, периодические головокружения, нарушения статики. Также выяснилось, что значимой проблемой (например, пациент занимает руководящий пост) представляется невозможность принимать решения в шумной обстановке. По результатам аудиометрии у больного была выявлена левосторонняя сенсоневральная тугоухость; также получена типаннограмма типа А, на здоровой стороне отсутствовал ipsilaterальный рефлекс. Предположительный диагноз — АН.

Он был подтвержден данными МРТ: в проекции мостомозжечкового угла слева выявлено новообразование (32×27×27 мм), смещение ствола мозга и VI желудочка вправо.

С 1 по 3 марта 2011 г. пациенту был проведен 3-сеансный курс гипофракционной роботизированной радиохирургии с использованием кибер-ножа на область АН (1800 сГр). В ходе 3-месячного амбулаторного наблюдения у больного наблюдались явления астенизации и вегетососудистой дистонии, которые были купированы с помощью консервативной терапии. Через год после выполнения оперативного вмешательства пациент отмечал значительное улучшение общего самочувствия, повышение работоспособности (стало возможным принимать решения в шумной обстановке), вестибулярные расстройства не беспокоят. Функция лицевого нерва полностью сохранена. Слух на левом ухе утрачен (левосторонняя сенсоневральная глухота). При выполнении контрольной МРТ 16 марта 2012 г. в проекции мостомозжечкового угла слева определяется новообразование (29×25×26 мм), отмечена положительная динамика в отношении уменьшения его объема, улучшения диффузионных и перфузионных показателей, что свидетельствует о регрессивных изменениях и клеточной дезинтеграции.

Как подчеркнул В.В. Богданов, положительный результат и отсутствие осложнений позволяют рассматривать радиохирургическое лечение с использованием кибер-ножа как эффективный метод терапии АН больших размеров. В дальнейшем необходимо проводить длительное (10-15 лет) динамическое наблюдение пациента. «Стереотаксическая терапия — это перспективное будущее», — подытожил докладчик.

#### Реабилитация

Живой отклик присутствующих вызвал доклад Юнаса Карлинга (Швеция) — логопеда, около 40 лет занимающегося проблемами восстановления голоса и легочного дыхания у пациентов, перенесших тотальную ларингэктомию. Более подробно с методикой установки протезов участники смогли ознакомиться в рамках спутникового симпозиума.



Тотальная ларингэктомию сопровождается потерей голоса (пациент сохраняет способность воспроизводить только некоторые звуки), что, безусловно, представляет собой существенную психологическую травму. Существует три основных способа восстановления голоса: пищеводный голос (чревовещание), электрогортань (использование вибрирующего электронного аппарата для преобразования колебаний мышц дна полости рта в голос), обеспечение условий для трахеопищеводной речи (создание трахеопищеводной фистулы и использование голосового протеза с целью предотвращения попадания пищи и жидкости в легкие); ввиду схожести созданного голоса с естественным предпочтительным является последний метод. При закрытии трахеостомы и выдохе воздух проходит через голосовой протез в пищевод, при этом возникает звук, который и является новым голосом больного. В дальнейшем его можно трансформировать в членораздельную речь.

В 1990 г. был представлен голосовой протез Provox1 (устанавливается ретроградно), в 1997 г. — Provox2 (предусматривает антероградное введение), недавно на рынке появился представитель нового поколения протезов — Provox Vega с системой SmartInserter для установки и замены голосового протеза (выполнен из каучука и фторопласта) одноразового использования. Его преимущества — создание максимального воздушного потока за счет увеличения внутреннего диаметра без изменения наружного, наличие трех размеров и аксессуаров для очистки (ершика Provox Brush и помпы Provox Flush). Следует отметить, что такой протез не является постоянным и требует периодической замены. Необходимо также, чтобы каждый пациент имел заглушку Provox Vega Plug для закрытия протеза в случае возникновения его протечки по краям.

С голосовыми протезами можно сочетать следующие устройства:

- Provox FreeHands HME (позволяет говорить без закрытия пальцем трахеостомы);
- Provox HME (тепло- и влагообменник);
- Provox LaryTube и Provox LaryButton (для поддержания сужающихся стом и удерживания реабилитационных устройств).

Дополнительную адгезию голосового протеза можно обеспечить путем использования пластырей Adhesive (представлены пластыри четырех типов, трех разных степеней адгезивности, круглой и овальной формы, сроком действия 24, 36 или 48 ч).

«Восстановление голоса — это гораздо больше, чем просто закрытие трахеостомы пальцем», — подчеркнул Юнас Карлинг. Использование данной методики позволяет человеку безопасно принимать душ, кушать и делиться своими мыслями с миром.

Свое выступление докладчик сопроводил видеосюжетом, продемонстрировавшим результаты использования голосовых протезов у членов так называемых голосовых клубов — обществ, созданных для поддержки людей, перенесших ларингэктомию: во время исполнения ими песни «Я люблю тебя, жизнь» на глазах у присутствующих в зале поневоле выступали слезы. И не возникало сомнений: то, что происходит на экране, — действительно чудо, ставшее возможным благодаря мастерству и самоотдаче людей в белых халатах.

Подготовила Ольга Радучич

