Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Тезисы докладов XXI Российского конгресса по оториноларингологии «Преображенские чтения. Детская оториноларингология. Связь времен, связь специальностей», посвященного 130-летию со дня рождения профессора Бориса Сергеевича Преображенского

Москва, 17 ноября 2022 г.

Вестник оториноларингологии
2022, Т. 87, №6, с. 77–90
https://doi.org/10.17116/otorino20228706177

Vestnik otorinolaringologii
2022, Vol. 87, No. 6, pp. 77–90
https://doi.org/10.17116/otorino20228706177

Тезисы докладов XXI Российского конгресса по оториноларингологии «Преображенские чтения. Детская оториноларингология. Связь времен, связь специальностей», посвященного 130-летию со дня рождения профессора Бориса Сергеевича Преображенского

Abstracts of the XXI Russian Congress on Otorhinolaryngology "Preobrazhensky Readings. Children's otorhinolaryngology. Connection of times, connection of specialties", dedicated to the 130th anniversary of the birth of Professor Boris Sergeevich Preobrazhensky

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ РОНХОПАТИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.И. Крюков[1, 2], А.Ю. Ивойлов[1, 2, 3], И.И. Архангельская[1, 3]

[1]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;
[2]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[3]ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Ронхопатия в детском возрасте представляет собой сложную, во многом нерешенную медицинскую проблему, находящуюся на стыке нескольких специальностей — оториноларингологии, неврологии, кардиологии, эндокринологии, аллергологии, пульмонологии. Актуальность изучения храпа во сне обусловлена распространенностью данной патологии среди детей и подростков, риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и неэффективностью консервативного лечения.

Цель исследования. Оценить клинические проявления синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у детей с аденотонзиллярной гипертрофией, поступивших для хирургического лечения данной патологии.

Материал и методы. В научно-исследовательском отделе оториноларингологических заболеваний детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» обследованы и пролечены 147 детей с аденотонзиллярной гипертрофией в возрасте от 2 до 14 лет (62 девочки и 85 мальчиков), поступивших для оперативного вмешательства по поводу СОАС. Алгоритм обследования детей включал: углубленный сбор сомнологического анамнеза (сведения о храпе, его длительности и постоянстве во время сна, наличие замечаемых родителями остановок дыхания во сне), анкетирование родителей детей с подозрением на аномальное ночное дыхание (в анкету включены вопросы относительно характеристик ночного сна детей и особенностей дневной активности), оториноларингологический осмотр (проведение передней и задней риноскопии, фарингоскопии, эндоскопического осмотра полости носа и носоглотки), диагностическое исследование СОАС (мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия в течение ночи с помощью пульсоксиметра Wrist Pulse Oximeter MD300W (Германия), параметры прибора отображаются на дисплее в виде SPO_2 (сатурация) и PS (частота пульса)).

Результаты и обсуждение. Родители всех детей предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, беспокойный сон, храп, сон с открытым ртом, наличие остановок дыхания во время ночного и дневного сна, ухудшение качества сна. У 126 (85,7%) пациентов, со слов родителей, отмечены неусидчивость и невнимательность, что обусловливало плохую успеваемость в школе, избыточная двигательная активность в дневное время наблюдалась у 60 (40,8%) пациентов. Необычные позы во время сна, а именно запрокидывание головы назад в положении на спине и высокая двигательная активность во сне, отмечались у 56 (38,1%) и у 53 (36,0%) детей соответственно. При эндоскопическом исследовании носоглотки диагностирована гипертрофия аденоидных вегетаций II степени у 49 (33,3%) детей и III степени у 98 (66,7%) детей. При фарингоскопии диагностирована гипертрофия небных миндалин III степени у 55 (37,4%) детей и II степени у 32 (21,8%) детей. В зависимости от наличия и выраженности расстройств дыхания во сне по данным ночной компьютерной пульсоксиметрии пациенты распределены следующим образом: без нарушений дыхания во сне — 45 (30,6%) пациентов, СОАС легкой степени тяжести — 83 (56,5%) пациента, СОАС средней степени тяжести — 14 (9,5%) пациентов, СОАС тяжелой степени тяжести — 5 (3,4%) пациентов. После хирургического лечения (аденотомия или аденотонзиллотомия под общим обезболиванием, под контролем эндоскопической техники) по результатам ночной компьютерной пульсоксиметрии отмечалась положительная динамика (индекс апноэ/гипопноэ $\leqslant 1$) в 91,2% случаев.

Заключение. Характерные клинические проявления синдрома обструктивного апноэ сна у детей с аденотонзил-

лярной гипертрофией — постоянный ночной храп, остановки дыхания во время сна, поведенческие нарушения — негативно влияют на физиологическое развитие ребенка. Для подтверждения диагноза и определения степени тяжести заболевания необходимы современные инструментальные методы исследования — кардиореспираторный мониторинг или полисомнография, которые позволяют диагностировать синдром обструктивного апноэ сна у детей с аденотонзиллярной гипертрофией на раннем этапе. Хирургическое лечение аденотонзиллярной гипертрофии позволяет в большинстве (91,2%) случаев купировать данную патологию в детской практике.

* * *

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПАТОЛОГИИ РИНООРБИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

К.К. Баранов[1], М.М. Полунин[1], Е.Ю. Радциг[1], В.С. Минасян[1], А.Ю. Ивойлов[1, 2], Е.И. Сидоренко[1], И.М. Чиненов[1]

[1]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

В настоящее время общей проблемой оториноларингологов и офтальмологов является сочетанная патология риноорбитальной зоны у детей, объединяющая воспалительные процессы и аномалии развития внутриносовых структур, элементов глазницы и слезоотводящей системы. Диагностика и лечение данных заболеваний должны быть основаны на применении междисциплинарного подхода.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения сочетанной патологии риноорбитальной зоны у детей.

Материал и методы. В исследовании участвовал 181 ребенок в возрасте 0—17 лет. Проведено амбулаторное и стационарное наблюдение пациентов по поводу сочетанной риноорбитальной патологии (острых и хронических заболеваний с показаниями к консервативному и хирургическому лечению) на клинических базах кафедры оториноларингологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва). Пациенты находились под совместным наблюдением офтальмологов и оториноларингологов. Всем детям проведено эндоскопическое, рентгенографическое, дакриологическое обследование, а также консервативное и хирургическое лечение согласно клиническим рекомендациям Минздрава России. Выполнена статистическая обработка данных.

Результаты. В ходе обследования пациентов определена следующая сочетанная патология: у 13 (7,2%) детей — острый ринит и острый дакриоцистит, у 17 (9,4%) детей — острый полисинусит и острый дакриоцистит, у 7 (3,9%) детей — острый гаймороэтмоидит и реактивный отек век, у 16 (8,8%) детей — хронический гаймороэтмоидит и хронический дакриоцистит. У пациентов со стенозом носослезного канала определена следующая сочетанная патология: острый риносинусит — у 27 (14,9%) детей, хронический полисинусит — у 11 (6,1%) детей, гипертрофия нижних носовых раковин — у 10 (5,5%) детей, гипертрофия аденоидов 3-й степени — у 32 (17,7%) детей, искривление носовой перегородки — у 32 (17,7%) детей, вазомоторный ринит — у 16 (8,8%) детей. Кроме медикаментозного лечения пациентам проведены соответствующие хирургические вмешательства: поднаркозная эндоскопическая синус-хирургия, аденотомия, септопластика, турбинопластика и дакриологические операции (зондирование, реканализация слезоотводящих путей, дакриоцисториностомия). У 170 (93,9%) детей отмечена положительная динамика в результате лечения.

Выводы. В ходе исследования продемонстрирована необходимость взаимодействия оториноларингологов и офтальмологов в диагностике и лечении сочетанной риноорбитальной патологии у детей. Использование командного подхода к решению этой важной междисциплинарной проблемы позволило в 93,9% случаев добиться положительной динамики.

* * *

АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЕ У ДЕТЕЙ

Н.А. Милешина[1, 2], Е.И. Зеликович[1], Е.С. Бондаренко[2]

[1]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;
[2]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Для пациентов детского возраста применение широкого спектра методов диагностики является ограниченным из-за лучевой нагрузки или необходимости проведения исследований под наркозом. Оценить топографию костных структур височной кости, определить наличие и степень деструкции позволяет компьютерная томография (КТ) височных костей. В то же время в диагностике мягкотканных поражений чувствительность метода достаточно низка. Магнитно-резонансная томография (МРТ) височных костей в режимах T1-WI, T2-WI, non-EPI DWI, ADC maps имеет четкие характеристики для определения холестеатомы, холестероловой гранулемы и рубцов среднего уха, но в связи с плохим топографическим представлением расположения образований уступает КТ.

Материал и методы. Нами проведено обследование и лечение 28 больных с врожденной холестеатомой (29 наблюдений, так как у 1 ребенка процесс двусторонний). Предоперационное обследование включало КТ и МРТ височных костей у всех пациентов с применением техники слияния FUSION при определении высокоинтенсивного сигнала в режиме non-EPI DWI.

Результаты. В 11 случаях врожденная холестеатома диагностирована в раннем сроке у пациентов не старше 5 лет без снижения слуха. Отоскопически определялись белые массы за барабанной перепонкой в передневерхнем квадранте. Всем больным проведено хирургическое лечение. Сопоставление данных МРТ и FUSION КТ-МРТ в режиме non-EPI DWI с операционными находками показало высокое совпадение в 97% наблюдений, т.е. нами доказа-

на высокая информативность и достаточность КТ височных костей при малых размерах врожденной холестеатомы. При распространенных процессах дообследование пациентов с помощью МРТ и FUSION КТ-МРТ позволило уточнить характер поражения височной кости и локализацию, предоперационные предположения совпали с операционными в 98% случаев.

Выводы. Для врожденной холестеатомы малых размеров не свойственны высокие степени тугоухости. Сочетание признаков отоскопии (белые массы за барабанной перепонкой) и данных компьютерной томографии (наличие мягкотканного компонента между рукояткой молоточка и промонториумом на уровне барабанного устья слуховой трубы) свойственно врожденной холестеатоме среднего уха. Компьютерная томография в данном случае — достаточный метод диагностики и предоперационной подготовки. Магнитно-резонансную томографию височных костей и FUSION КТ-МРТ необходимо проводить пациентам с длительностью заболевания более 12 мес и/или при выявлении с помощью компьютерной томографии субтотального понижения пневматизации полостей среднего уха.

* * *

ВРОЖДЕННАЯ КАРЦИНОМА НОСОГЛОТКИ. СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Л.С. Будейкина, М.Е. Сарафанова, Т.А. Шароев, А.Г. Притыко

ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Назофарингеальная карцинома — одна из немногих опухолей эпителиального происхождения, наблюдаемых у детей. Карцинома носоглотки составляет 1—5% всех детских онкологических заболеваний и 20—50% всех первичных злокачественных опухолей носоглотки у детей.

Клиническое наблюдение. Девочка *М.* в возрасте 1 мес жизни поступила в оториноларингологическое отделение ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» с жалобами (со слов матери) на нарушение носового дыхания, трудности при кормлении, периодическое снижение сатурации. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 2-й беременности, вторых самостоятельных родов, на 36-й неделе, с массой тела 3560 г, длиной 53 см, окружностью головы 35 см, окружностью груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В I триместре беременности соматически здоровая мать 33 лет получала препараты железа по поводу железодефицитной анемии. Во II триместре, на 23-й неделе гестации, мать перенесла COVID-19 с повышением температуры тела до 38,3°С, потерей обоняния, длительное время заложенностью носа; в III триместре отмечались отеки голени. Состояние ребенка при рождении расценивалось как тяжелое, пенистое отделяемое изо рта, выраженная дыхательная недостаточность. Через 10 ч ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных при роддоме в связи с нарастанием дыхательной недостаточности из-за выраженного затруднения носового дыхания. Сохранялось пенистое отделяемое из ротовой полости. Переведена на неинвазивную вспомогательную вентиляцию легких, далее на искусственную вентиляцию легких. В общем анализе крови: гемоглобин 240 г/л, гематокрит 70%, лейкоцитоз $30 \cdot 10^9$/л. В возрасте 3 сут жизни ребенок в крайне тяжелом состоянии из роддома поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» с диагнозом: «Внутриутробная инфекция, порок развития органов дыхания (трахеопищеводный свищ?), двусторонняя пневмония, желтуха новорожденного, недоношенность 36 нед, гипоксическое поражение центральной нервной системы (синдром возбуждения, сопровождающийся тремором конечностей, подбородка, симптом Грефе)». На 8-е сутки жизни на фоне проводимого лечения состояние и гематологические показатели улучшились, ребенок переведен на самостоятельное дыхание в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения. Улучшилась безусловно-рефлекторная деятельность, нарос мышечный тонус. Сохранялось затрудненное носовое дыхание. Девочка консультирована оториноларингологом, на компьютерной томограмме носоглотки выявлено мягкотканное образование, практически полностью перекрывающее просвет хоан. Динамическое проведение магнитно-резонансной томографии с контрастированием в течение 1 мес показало инициальное увеличение объема с 1,3 $см^3$ до 2,0 $см^3$. Далее ребенок госпитализирован в оториноларингологическое отделение ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» с направляющим диагнозом: врожденный порок развития носоглотки. При проведении фиброназофарингоскопии в области хоан определялось округлое образование розового цвета с явлениями гиперкератоза на передней поверхности, практически полностью перекрывающее просвет носоглотки, интимно предлежащее к мягкому нёбу. По результатам анализа на онкомаркеры специфических изменений не было. При ультразвуковом исследовании брюшной полости, забрюшинного пространства, периферических лимфатических узлов брюшной полости и шеи, а также рентгенографии органов грудной клетки патологии также не выявлено. После проведенного обследования операционной бригадой в составе оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга выполнено хирургическое лечение: эндоскопическая эксцизионная биопсия новообразования носоглотки. Новообразование удалено без технических трудностей, с минимальной кровопотерей. Осложнений во время проведения операции не было. Послеоперационный период протекал гладко. Девочка стала самостоятельно и активно питаться, прибавила в массе тела, дыхательных расстройств не было. Гистологическое исследование удаленного во время операции материала показало, что гистологическое строение и иммунофенотип соответствуют миоэпителиальной карциноме. Девочка наблюдается в онкологическом диспансере по поводу миоэпителиальной карциномы носоглотки. В течение 2-летнего периода наблюдения рецидива опухоли не отмечено. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости усиления онкологической настороженности у младенцев с различными врожденными патологическими проявлениями, в том числе со стороны уха, горла, носа.

* * *

ДЕТСКИЙ МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19, КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

С.А. Булынко[1], Ю.Л. Солдатский[1], Ю.Ю. Новикова[1, 2], Д.Ю. Овсянников[2], С.Р. Эдгем[1]

[1]ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;
[2]ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, Москва, Россия

Пандемия COVID-19 за прошедшие годы стала предметом пристального внимания со стороны современного здравоохранения. Как показало время, новые штаммы отличаются по тяжести течения и по вирулентности. Одно остается неизменным: в большинстве случаев COVID-19 у детей протекает легче, чем у взрослых, однако у некоторых детей заболевание имеет крайне тяжелую форму, сопровождается лихорадкой и мультисистемным воспалением. У многих больных при госпитализации отмечаются синдром токсического шока, миокардит с кардиогенным шоком, полиорганной недостаточностью, у ряда пациентов имеются проявления, соответствующие критериям болезни Кавасаки. Заболевание впервые описано в 2020 г., для его обозначения используется термин «детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)» (ДМВС). Критерии для установления диагноза следующие: развивается через 1—6 нед после инфицирования COVID-19, повышенный титр IgG к SARS-CoV-2. Основными клиническими проявлениями ДМВС являются персистирующая фебрильная лихорадка и системное воспаление с вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Локальный статус при ДМВС характеризуется поражением кожи и слизистых оболочек, а также лимфаденопатией различной степени выраженности. У некоторых детей именно шейная лимфаденопатия и шейная миалгия могут явиться ведущими в развившейся клинической картине и быть основной причиной госпитализации.

Сочетание лихорадки, интоксикации, явлений шейной лимфаденопатии с миалгией и ограничением подвижности шеи позволяет включить ДМВС в дифференциальный диагностический ряд при обследовании детей с подозрением на парафарингеальный абсцесс (ПФА). Подтвержденный диагноз ДМВС означает необходимость наблюдения и лечения у врача-ревматолога. Основой лечения является системная гормональная, антибактериальная и антикоагулянтная терапия. При неэффективности стандартной терапии успешно используются таргетные препараты, такие как тоцилизумаб. Для ПФА основным методом диагностики является компьютерная томография с контрастным усилением. Лечение ПФА в зависимости от степени его развития, размера и расположения может быть как хирургическим, так и консервативным, причем выбор наиболее адекватного и безопасного хирургического доступа также является сложной задачей.

Цель исследования. Провести анализ случаев заболевания ДМВС, при которых потребовалась дифференциальная диагностика для исключения развития ПФА.

Материал и методы. По базе данных ЕМИАС ретроспективно изучены истории болезни детей, госпитализированных в различные отделения ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» с диагнозом ДМВС в период с мая 2020 г. по сентябрь 2022 г. Анализировали частоту развития шейной лимфаденопатии и миалгии, содержание ключевых дифференциально-диагностических маркеров, позволивших дифференцировать ДМВС и ПФА.

Результаты. В указанный период в нашей клинике получали лечение 273 ребенка (из них 151 мальчик и 122 девочки) с диагнозом ДМВС в возрасте от 3 мес до 17 лет (средний возраст 96,6±48,1 мес). Тяжелое состояние детей с явлениями токсического и кардиогенного шока стало показанием к экстренной госпитализации в отделение ОРИТ 71 (26%) ребенка. У 100% детей отмечена стойкая фебрильная лихорадка, в 69,9% случаев выявлена экзантема, в 65,6% случаев — явления склерита, у 47,9% пациентов имелись поражения слизистой оболочки, у 28,9% пациентов обнаружены эритема и/или отек кистей и стоп, у 55 (20,1%) пациентов отмечались выраженные явления шейной лимфаденопатии. У 6 детей (2,2% среди всех пациентов и 10,9% среди детей с явлениями лимфаденопатии) наряду с шейным лимфаденитом отмечена выраженная шейная миалгия с вынужденным положением и ограничением подвижности головы, что потребовало исключения ПФА. Детям проведена компьютерная томография области шеи с контрастным усилением, а также выполнено определение уровня IgG к SARS-CoV-2. Несмотря на яркую клиническую картину, ни в одном случае абсцесс не выявлен, и у всех больных обнаружены высокие титры IgG к SARS-CoV-2.

Заключение. Своевременная дифференциальная диагностика между детским мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированным с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с развитием шейной лимфаденопатии, миалгии и парафарингеальным абсцессом возможна только при проведении компьютерной томографии с контрастным усилением и определении титра антител к COVID-19. Оба эти заболевания потенциально летальны при несвоевременном начале лечения, в связи с чем считаем, что информированность оториноларингологов о клинических проявлениях данной патологии будет полезна в современной клинической практике.

* * *

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАРЕЗОВ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ И ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ

Э.О. Вязьменов[1, 2], М.М. Полунин[2], Н.Г. Мокрышева[1], А.Ю. Ивойлов[2, 3]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[3]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

В настоящее время отмечается рост патологии щитовидной и паращитовидных желез в популяции. С возрас-

танием количества оперативных вмешательств, выполняемых на этих органах, увеличивается и количество осложнений, самым тяжелым из которых является парез гортани.

Цель исследования. Оценить возможности комплексной диагностики и реабилитации парезов гортани после операций на щитовидной и паращитовидных железах.

Материал и методы. В анализ включены 30 пациентов возрасте от 16 до 65 лет с жалобами на дисфонию, возникшую после хирургического лечения различных заболеваний щитовидной железы. В некоторых случаях имелись симптомы нарушения дыхания и акта глотания. Всем больным выполнена трансназальная диагностическая эндоскопия гортани, стробоскопическое исследование, оценка голосовой функции до и после реабилитации. Нейрофониатрическая реабилитация пациентов проведена с использованием аппарата нейромышечной стимуляции VocaStim (Fisiomed, Германия) в сочетании с голосовыми упражнениями и медикаментозной поддержкой.

Результаты. В ходе данного исследования выявлен двусторонний парез гортани у 4 (13,3%) пациентов, односторонний парез — у 26 (86,7%) пациентов. Дисфония различной степени наблюдалась у всех пациентов. Дыхательные расстройства отмечались у 8 (26,7%) больных, двое из них трахеотомированы во время операции. Нарушение акта глотания выявлено у 7 (23,3%) больных. После проведения курса программной нейрофониатрической реабилитации восстановления всех функций гортани удалось достичь у 10 (33,3%) пациентов. Еще у 18 (60%) пациентов отмечено значительное улучшение голосовой функции. Дыхательные расстройства купированы у 7 из 8 пациентов, один пациент из двух деканюлирован. Восстановление акта глотания отмечено у всех 8 пациентов.

Выводы. В ходе исследования оценена эффективность современных технологий диагностики и реабилитации послеоперационных парезов гортани. В 93,3% случаев применение разработанного нами алгоритма нейрофониатрической реабилитации позволило добиться восстановления голосовой функции.

* * *

РЕДКИЕ СИНОНАЗАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ФГБУ «НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА» МИНЗДРАВА РОССИИ (МОСКВА, РОССИЯ)

Н.С. Грачев, А.И. Горожанина, И.Н. Ворожцов, М.П. Калинина, Е.И. Чечев

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Москва, Россия

Нет универсального общепринятого понятия, определяющего редкие опухоли. По данным европейской кооперативной группы по исследованию редких опухолей у детей (European Cooperative Study Group for Pediatric Rare Tumors — EXPeRT), детские злокачественные заболевания можно отнести к орфанным заболеваниям с частотой выявления менее 2 случаев на 1 млн населения. Однако важность изучения данных заболеваний нельзя переоценить.

Цель исследования. Представить клинико-диагностические характеристики и особенности лечения редких синоназальных опухолей у детей.

Материал и методы. Представлены клинические наблюдения пациентов, получавших лечение в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева», с редкими синоназальными образованиями (такими как синоназальная аденокарцинома, эстезионейробластома, ювенильная оссифицирующая фиброма, эмбриональная рабдомиосаркома, метастаз нейробластомы, хондромезенхимальная гамартома). Проанализированы данные литературы относительно представленных заболеваний.

Результаты и обсуждение. Неэффективное консервативное лечение ребенка с затруднением носового дыхания и/или выделениями из носа является показанием к обследованию с использованием эндоскопических и визуализационных методов исследования. Компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию первичным пациентам предпочтительно выполнять с контрастным усилением. Пациенту с подозрением на злокачественное новообразование синоназальной области необходима консультация у врача-онколога; выполнения хирургического лечения в качестве первого этапа лечения, как правило, не требуется.

Выводы. В педиатрической оториноларингологической практике, несмотря на редкую частоту выявления изучаемых заболеваний, необходимо помнить о принципе онконастороженности.

* * *

ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ

М.П. Емельянова[1], Е.П. Карпова[1], Д.А. Тулупов[1], И.И. Архангельская[2]

[1]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Полипозный риносинусит (ПРС) у детей определяется как хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, основным клиническим проявлением которого является образование и рецидивирующий рост полипов. Этиология и патогенез назальных полипов у детей изучены недостаточно. Предполагается, что вероятные механизмы формирования назальных полипов на фоне хронических воспалительных процессов слизистой полости носа и околоносовых пазух у детей мало отличаются от таковых у взрослых пациентов. Однако значение и частота выявления у конкретных пациентов отдельных предрасполагающих факторов риска развития ПРС в педиатрической популяции, скорее всего, имеют отличия от таковых у взрослых пациентов.

Цель исследования. Изучить сопутствующую патологию у детей с ПРС.

Материал и методы. Проведен анализ годовых отчетов о работе оториноларингологического кабинета консультативно-диагностического центра при ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы» за последние 5 лет. Установлено, что доля детей с назальными полипами (от общего числа проконсультированных пациентов) составляет 0,5—1,2% при среднем числе про-

консультированных пациентов 1468 человек в год. Далее для выполнения поставленной цели нами проведено обследование, лечение и катамнестическое наблюдение 106 детей в возрасте от 2 до 15 лет с диагнозом полип(ы) полости носа. На основании данных риноэндоскопического исследования и компьютерной томографии полости носа и околоносовых пазух установлено, что у 77 (72,6%) пациентов был солитарный (чаще антрохоанальный) полип, у 29 (27,4%) пациентов — тотальный полипоз. Распределение в возрастных группах указывает на преобладание полипоза у детей дошкольного возраста, тогда как солитарные полипы более характерны для детей младшего школьного возраста и подростков. При этом не установлены какие-либо гендерные различия.

Результаты. При оценке сопутствующей патологии, которая могла бы служить причиной формирования назальных полипов, установлено, что у 83 (78,3%) пациентов диагностирован (в том числе в ходе наблюдения за пациентами) аллергический ринит, у 22 (20,8%) пациентов — муковисцидоз, у 4 (3,8%) пациентов — синдромы цилиарной дискинезии (в том числе синдром Картагенера). У 34 (32,1%) детей выявлена атопическая бронхиальная астма, которая у всех данных пациентов ассоциирована с аллергическим ринитом. У многих пациентов отмечали наличие нескольких фоновых заболеваний. Так, из 22 детей с муковисцидозом, находившихся под нашим наблюдением, у 8 диагностирован аллергический ринит. Из 4 пациентов с синдромом цилиарной дискинезии аллергический ринит диагностирован у 2 детей. Из 106 детей непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов установлена у 6 (5,7%) пациентов. Однако ни у одного из данных 6 детей не диагностирована бронхиальная астма, и все пациенты имели солитарные полипы, что не дает оснований говорить о наличии у них классической триады Самтера. У 7 (6,6%) пациентов с солитарными полипами в ходе обследования не выявлены какие-либо системные заболевания. Однако при эндоскопическом обследовании или при последующей эндоскопической полипотомии у всех данных пациентов обнаружено дополнительное соустье верхнечелюстной пазухи, из которой исходил полип. Анализируя особенности сопутствующей патологии, мы установили, что все дети с ПРС и муковисцидозом имели смешанную форму заболевания, и при генетическом анализе во всех случаях выявлена мутация в гене *F508*. Изучая особенности аллергического ринита у детей, находившихся под нашим наблюдением, мы установили, что 67 из 83 детей имели поливалентную сенсибилизацию к аэроаллергенам. В структуре аллергенов наиболее часто отмечали сенсибилизацию к клещам бытовой пыли, пыльце деревьев и пыльце сорных трав. В градации по тяжести течения аллергического ринита преобладали пациенты со среднетяжелым, несколько реже с тяжелым течением заболевания.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что полипозный риносинусит у детей не является частой патологией. Как и у взрослых, у детей течение данной патологии чаще всего обусловлено наличием какой-либо системной патологии, главным образом аллергического ринита, несколько реже муковисцидоза. У наблюдаемых нами детей в отличие от взрослых пациентов не выявлена патология, связанная с нарушением метаболизма арахидоновой кислоты.

* * *

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАЗАЛЬНЫХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ SARS-COV-2

Е.П. Карпова[1], Д.А. Тулупов[1], В.В. Яновский[2]

[1]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Согласно российским клиническим рекомендациям по лечению острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), острого риносинусита и острого среднего отита, назальные сосудосуживающие препараты являются важнейшей составляющей медикаментозного лечения. Применение назальных сосудосуживающих препаратов рекомендовано как в контексте проведения симптоматической терапии выраженной назальной обструкции при ОРВИ, так и в качестве компонента разгрузочной терапии при остром риносинусите и остром среднем отите. Стабильно высокий уровень заболеваемости ОРВИ и осложнений у детей дошкольного возраста приводит к тому, что регистрируемые нежелательные явления от применения назальных сосудосуживающих препаратов — это нередкое явление в педиатрической практике.

Отравление назальными деконгестантами является одной из самых распространенных причин госпитализации детей дошкольного возраста в токсикологическое отделение. Однако введенные при пандемии SARS-CoV-2 ограничительные санитарно-эпидемиологические меры существенно уменьшили частоту острых респираторных заболеваний, что могло оказать влияние как на частоту применения сосудосуживающих средств, так и на частоту нежелательных явлений, вызванных применением назальных деконгестантов.

Цель исследования. Изучить влияние ограничительных санитарно-эпидемиологических мер на долю осложнений в результате применения назальных сосудосуживающих препаратов в структуре токсикологической патологии многопрофильного стационара.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных медицинских карт пациентов токсикологического отделения и годовых отчетов. Отмечали количество госпитализированных пациентов с отравлением деконгестантами, возраст пациентов, действующее вещество лекарственного препарата, особенности применения лекарства, которые, вероятно, повлияли на развитие побочного эффекта. Полученные данные сравнили с такими же данными, полученными в период до пандемии SARS-CoV-2.

Результаты. Выявлена явная тенденция к уменьшению абсолютного числа детей с отравлением назальными деконгестантами, что, предположительно, связано с проводимыми ограничительными противоэпидемическими мероприятиями с целью предотвращения распространения пандемии SARS-CoV-2. Наибольший риск отравления назальными сосудосуживающими препаратами приходится на возрастную группу детей от 1 до 3 лет. Более чем в 75% случаев осложнения возникали при применении препаратов нафазолина. В большинстве эпизодов механизм отравления не связан с врачебными назначениями, а являлся следствием решения родителей ребенка.

Выводы. Для уменьшения риска развития нежелательных явлений, связанных с действием назальных деконгестантов, необходимо строго соблюдать схему применения препарата, указанную в его инструкции, и не превышать разовую дозу и кратность применения. Следует избегать использования лекарственных средств на основе нафазолина по причине наибольшей их токсичности для ребенка. Выраженная тенденция к снижению количества зарегистрированных эпизодов отравлений назальными сосудосуживающими препаратами, наметившаяся еще до 2019 г., когда фактор пандемии не оказывал влияния, вероятно, связана также с проводимой в нашей стране длительной просветительской работой в системе последипломного педиатрического образования по информированию врачей о важности рационализации, вероятных побочных эффектах от применения назальных деконгестантов у детей и мерах по уменьшению риска развития нежелательных явлений.

* * *

ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ КАК ПРИЧИНА НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Е.Н. Котова[1], Э.О. Вязьменов[1], М.М. Полунин[1], Е.Ю. Радциг[1], А.Ю. Ивойлов[2]

[1]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Длительное затруднение носового дыхания является наиболее частым проявлением патологии полости носа и носоглотки у детей. Наиболее частыми причинами затруднения носового дыхания являются воспалительные процессы полости носа, околоносовых пазух и гипертрофия аденоидов, для лечения которых применяют, как правило, консервативную терапию, в то время как при заболеваниях, обусловленных анатомическими причинами, требуется своевременное хирургическое вмешательство. Врожденная патология полости носа и носоглотки как причина нарушения носового дыхания у детей может длительное время оставаться нераспознанной, особенно при неполной или односторонней обструкции. Степень нарушения носового дыхания может варьировать от его полного отсутствия с развитием респираторного дистресс-синдрома в периоде новорожденности до незначительного затруднения носового дыхания с постоянными или периодическими выделениями из одной или обеих половин носа. Такие симптомы иногда неправильно интерпретируются и являются основанием для осуществления неадекватных хирургических вмешательств и манипуляций. Стандартные методики осмотра не всегда позволяют визуализировать патологические изменения, локализованные в задних отделах полости носа и носоглотки. Трудности связаны с анатомо-топографическими особенностями верхних дыхательных путей у детей. При этом длительное затруднение носового дыхания впоследствии приводит к нарушению психомоторного развития ребенка, развитию хронической воспалительной патологии, а также формированию ротового дыхания и вторичной деформации лицевого скелета. С учетом сказанного своевременная диагностика с использованием эндоскопии полости носа и носоглотки является необходимым этапом в диагностике причин синдрома назальной обструкции у детей, в том числе врожденного генеза.

Цель исследования. Оценить структуру врожденных причин назальной обструкции у детей.

Материал и методы. На клинических базах кафедры оториноларингологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России проконсультированы 35 детей в возрасте до 2 лет, направленных в связи с длительным нарушением носового дыхания с подозрением на врожденную атрезию хоан, а также 151 ребенок в возрасте от 1 мес до 17 лет (из них 119 (78,8%) в возрасте до 3 лет), поступивший в оториноларингологическое отделение с длительной назальной обструкцией, из них у 3 пациентов направляющий диагноз — «гипертрофия аденоидов 3-й степени», у 142 пациентов направляющий диагноз — «врожденная атрезия хоан», у 3 пациентов направляющий диагноз — «новообразование полости носа». Всем этим детям проведена эндоскопия полости носа и носоглотки.

Результаты. Из 35 детей, обратившихся за амбулаторной помощью, у 12 детей при проведении эндоскопии полости носа и носоглотки подтвержден диагноз врожденной атрезии хоан, такие пациенты направлены на госпитализацию для проведения оперативного вмешательства — трансназальной эндоскопической хоанотомии. Из 23 детей причинами длительного затруднения носового дыхания были в 7 случаях искривление перегородки носа, в 4 случаях стеноз полости носа и врожденная гипертрофия нижних носовых раковин, в 8 случаях гипертрофия аденоидов, в 4 случаях острый риносинусит. Таким образом, у 23 (65,7%) из 35 детей причины назальной обструкции имели врожденный генез. Из 142 пациентов, поступивших с диагнозом врожденной атрезии хоан, диагноз подтвержден у 141 пациента, у 1 ребенка при эндоскопии выявлено энцефаломенингоцистоцеле; у 3 пациентов с направляющим диагнозом гипертрофии аденоидов 3-й степени выявлена врожденная атрезия хоан: у 2 пациентов — односторонняя, у 1 пациента — двусторонняя неполная; из 3 детей с направляющим диагнозом новообразования полости носа у 2 пациентов выявлены кисты носоглотки, у 1 ребенка — холодный абсцесс носовой перегородки. Среди 186 детей по данным эндоскопии полости носа и носоглотки в 173 (93%) случаях выявлен врожденный генез назальной обструкции.

Выводы. Эндоскопия полости носа и носоглотки является важным методом в диагностике различных причин синдрома назальной обструкции у детей. Среди врожденных причин назальной обструкции у детей наиболее часто (в 83,8% случаев) встречается врожденная атрезия хоан. Несмотря на выраженные клинические проявления врожденной атрезии хоан при двустороннем поражении, по-прежнему встречаются случаи поздней диагностики данной аномалии. В ряде случаев врожденные причины затруднения носового дыхания у детей могут не иметь типичных проявлений и длительное время могут быть не диагностированы, протекать под маской воспалительной патологии и приводить к изменению других органов.

* * *

СЛОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГОРЕМА—СТОУТА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

А.И. Крюков[1, 3], Е.П. Карпова[2], Л.В. Торопчина[2], Е.И. Зеликович[1, 2], Д.В. Рогожин[3], Е.К. Донюш[3], Г.В. Куриленков[1], А.Г. Куриленкова[1]

[1]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;
[2]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;
[3]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Болезнь Горема—Стоута (болезнь исчезающей кости) — редкое неонкологическое заболевание, при котором наблюдается остеолизис, связанный с неконтролируемым ростом и дилатацией лимфатических сосудов. Болезнь Горема—Стоута имеет множество масок и стертую клиническую картину. Зачастую с момента первых клинических проявлений до установления правильного диагноза и начала лечения проходят годы, что увеличивает риск развития тяжелых осложнений и значительно ухудшает качество жизни пациентов. Как правило, заболевание наблюдается у лиц до 40 лет, часто у детей. В 2019 г. в литературе описано около 200 случаев, в 2021 г. эта цифра увеличилась до 350. Постоянный технологический прогресс и совершенствование методов диагностики, а также активное развитие междисциплинарного взаимодействия позволяют чаще выявлять это тяжелое заболевание и оказывать помощь большему числу пациентов.

Цель исследования. Представить многогранность клинической и рентгенологической картины болезни Горема—Стоута, в частности при поражении височной кости, и возможные тяжелые ее осложнения. Подчеркнуть важность междисциплинарного взаимодействия для правильного и своевременного установления диагноза и как можно более раннего начала лечения.

Материал и методы. Представлено клинико-рентгенологическое наблюдение в динамике пациента 5 лет с односторонним ушным шумом и ацетонемической рвотой. Для диагностики использованы высокоразрешающая компьютерная томография и магнитно-резонансная томография костей различных отделов скелета, в том числе верхушки пирамиды височной кости. Выполнен иммуногистохимический анализ биоптатов из пораженного участка.

Результаты. Комплексное обследование позволило выявить литическую деструкцию в костях лицевого скелета, на верхушке пирамиды височной кости, в теменной кости, ребрах, костях таза. Изменения представлены полостными образованиями различных размеров (5—20 мм) с жидкостным содержимыми различной плотности. Благодаря тесному междисциплинарному взаимодействию сурдологов, рентгенологов, эндокринологов, генетиков, патоморфологов и гематологов удалось поставить диагноз болезни Горема—Стоута, исключив широкий спектр заболеваний, в том числе онкологическую, гематологическую, эндокринную патологию, и начать адекватную терапию данного заболевания.

Выводы. Болезнь Горема—Стоута является тяжелым заболеванием, поражающим лиц молодого возраста и детей, однако не наблюдается какой-либо характерной клинической картины, зачастую проявления длительно, до развития тяжелых осложнений, носят стертый характер. Ключом к установлению правильного и своевременного диагноза является междисциплинарное взаимодействие и осведомленность специалистов о данном заболевании.

* * *

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ

Е.Н. Латышева, Ю.Ю. Русецкий

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

По данным литературы, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) встречается у 2% детей. При отсутствии своевременной диагностики и лечения СОАС может приводить к развитию сердечно-легочных осложнений, задержке умственного и физического развития, метаболическим нарушения. Данные анамнеза и клинического осмотра позволяют заподозрить СОАС примерно в 65% и 46% случаев. Чувствительность и специфичность некоторых опросников невысока и составляет 78% и 72% соответственно. «Золотым стандартом» диагностики СОАС является полисомнография. Следует отметить, что критерии обследования детей отличаются от таковых у взрослых: для детей индекс апноэ/гипопноэ более 1 или минимальная сатурация кислорода менее 92% считаются патологией. Наиболее частой причиной СОАС является аденотонзиллярная гипертрофия. Среди других причин описывают искривление перегородки носа, атрезию хоан, полипы полости носа, гипетрофический ринит. У детей с краниофациальными синдромами, включая синдромы Апера, Крузона, Пфайффера и Сетре—Чотзена, аномалии основания черепа, гипоплазию верхней челюсти, выявляют обструкцию на уровне носоглотки. При синдромах Тричера Коллинза, Пьера Робена, Гольденхара, сопряженных с микрогнатией, встречается гипофарингеальная обструкция. СОАС также часто наблюдается у детей с ожирением и нейромышечными заболеваниями. Оптимальной диагностической процедурой в данных ситуациях является слип-эндоскопия. Слип-эндоскопия признана безопасной и полезной методикой оценки уровня обструкции у детей. Исследование является обязательным для детей с тяжелой степенью СОАС, с резидуальным апноэ, для коморбидных пациентов, а также для детей с небольшим размером аденоидов и небных миндалин.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

М.С. Майненгер, М.Е. Сарафанова, К.В. Осипова, Д.В. Сидоров, А.И. Крапивкин

ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Цель исследования. Оценка состояния пациентов с эпилепсией при плановых оториноларингологических операциях.

Материал и методы. Нами прооперированы 18 пациентов в возрасте от 4 до 17 лет с эпилепсией в анамнезе. Все дети постоянно получали противоэпилептическую терапию — вальпроат натрия в дозе 30 мг на 1 кг массы тела в сутки, который в более высокой дозе может вызывать тромбоцитопению или дисфункцию тромбоцитов. Операции проводили под общим обезболиванием. Пациентов разделили на следующие группы в зависимости от патологии: гипертрофия аденоидов 3-й степени — 8 детей; гипертрофия аденоидов и небных миндалин — 3 ребенка; хронический тонзиллит, декомпенсированная форма ТАФ1, — 3 ребенка; искривление носовой перегородки — 4 ребенка; односторонняя киста верхнечелюстной пазухи — 1 ребенок. После предоперационной подготовки всем пациентам выполнено хирургическое лечение. Вне зависимости от вида патологии и длительности хирургического лечения все дети принимали оральные антиэпилептические препараты утром перед операцией, запивая их небольшим количеством воды.

Результаты. Аденотомия и тонзиллотомия проведена 11 пациентам в возрасте от 4 до 8 лет. Операции выполняли шейвером под видеоэндоскопическим контролем. Кровотечение при данном виде хирургического лечения у детей с эпилепсией было стандартным и составляло не более 50 мл. Тонзиллэктомию выполнили 3 пациентам, инструментальным методом, в качестве местной анестезии применяли раствор прокаина 0,05% 10 мл. Кровотечение во время операции было минимальным. В послеоперационном периоде кровотечения не было. Операцию по поводу искривления носовой перегородки (септопластику) выполнили 4 пациентам в возрасте от 15 до 17 лет. Септопластику проводили под эндоскопическим контролем по методу Cottle. Гидроотсепаровку слизистой оболочки выполняли раствором прокаина 0,05% 5 мл. Особенностей (кровотечения, технических сложностей) во время хирургического лечения не отмечалось. Назальные тампоны удаляли на следующий день после операции, септальные протекторы извлекали на 7-е сутки послеоперационного лечения. Осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационных периодах не было. Одному пациенту 15 лет проводили гайморотомию под видеоэндоскопическим контролем по поводу мукоцеле верхнечелюстной пазухи. Доступом через расширенное естественное соустье удалена киста верхнечелюстной пазухи. Ранний послеоперационный период протекал гладко, выполняли ежедневный контроль за состоянием сформированного соустья и пазухи. На 5-е сутки послеоперационного периода ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. После выполнения всех хирургических вмешательств пациенты продолжали регулярный прием антиэпилептических препаратов, чтобы концентрация препарата в плазме не упала ниже терапевтического уровня. У всех прооперированных детей, получающих постоянное противоэпилептическое лечение, ранний послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

Выводы. Все пациенты с эпилепсией, которым планируется хирургическое вмешательство, не должны прерывать антиэпилептическое лечение. Применение вальпроата натрия в дозе 30 мг на 1 кг массы тела в сутки не вызывает кровотечения как во время операции, так и в послеоперационном периоде. После планового оториноларингологического хирургического вмешательства у детей с эпилепсией осложнений не было.

* * *

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

И.В. Рахманова[1, 2], А.Г. Матроскин[1, 2], Е.Л. Туманова[1, 2], А.Н. Кисляков[1, 2], А.Ю. Ивойлов[1, 3]

[1]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;
[3]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Экссудативный средний отит нередко встречается у детей в возрасте не только 3—6 лет, но и 1 года жизни. Наиболее частыми причинами этого заболевания являются иммунодефицитные состояния, воспалительные изменения полости носа и слуховой трубы, а также длительная респираторная поддержка. Однако остаются неосвещенными анатомические особенности тимпанального устья слуховой трубы и морфологические изменения эпителия хрящевого отдела слуховой трубы, возникающие при длительной респираторной поддержке и влияющие на развитие экссудативного среднего отита.

Цель исследования. Изучение анатомических особенностей среднего уха и гистоархитектоники эпителия слуховой трубы.

Материал и методы. Работа состояла из двух этапов. На первом этапе исследовали 150 кадаверных височных костей. Весь полученный материал разделен по гестационному принципу на три группы: 1-я группа — 26—30 нед — 50 височных костей; 2-я группа — 31—36 нед — 44 височные кости; 3-я группа — 37—40 нед — 56 височных костей. После выделения слуховой трубы через тимпанальное устье слуховой трубы под давлением заполняли выделенный участок специальной силиконовой пастой. Выделив полученные слепки, проводили измерение высоты и ширины костного и хрящевого отделов слуховой трубы, ширину перехода из костной части в хрящевую, а также толщину стенки барабанного кольца, высоту и толщину *crista petrosa*.

На втором этапе провели посмертный морфологический анализ отличных от первого этапа 66 слуховых труб 33 новорожденных. Материал разделен на основную и контрольную группы в зависимости от пребывания на респираторной поддержке, а также на три подгруппы в зависимости от длительности пребывания (I подгруппа — респираторная поддержка до 14 дней; II подгруппа — респираторная поддержка 14—30 дней; III подгруппа — респираторная поддержка более 30 дней). После отсепаровки и фиксации полученный материал заливали в парафин, выполняли срезы толщиной 2,5 мкм и окрашивали их гематоксилином и эозином.

Результаты. При визуальной оценке среднего уха выявлено наличие в барабанной полости жидкостного содержимого в 80% случаев. Длина костной части слуховой

трубы в 1-й группе в среднем составила 3,2±1,0 мм, во 2-й группе — 0,9±4,0 мм, в 3-й группе — 5,4±1,4 мм; ширина начала костного отдела слуховой трубы в среднем составила 2,4±0,7 мм, 3,1±0,6 мм, 3,0±3,1 мм соответственно. Ширина окончания костного отдела слуховой трубы в 1-й группе в среднем составила 1,9±0,5 мм, во 2-й группе — 2,4±0,2 мм, в 3-й группе — 2,0±2,0 мм, а ширина истмуса — 1,2±0,3 мм, 1,0±0,9 мм, 1,0±1,1 мм соответственно. Значение толщины барабанного кольца в области *spina tympanica anterica* колебалось в зависимости от срока гестации в пределах от 1,1±0,4 мм до 1,6±0,7 мм. В раннем сроке *crista petrosa* был небольшого размера, в среднем 0,8±0,1 мм в ширину и 0,9±0,7 мм в высоту. По мере созревания височной кости этот размер также увеличивался и составил в группе 31—36 нед 1,7±0,5 мм и 2,1±0,7 мм, а в группе 37—40 нед — 2,0±0,8 мм и 2,1±0,8 мм соответственно. Индивидуальная оценка размеров в группе 26—30 нед выявила, что ширина окончания костной части слуховой трубы и истмуса была меньше среднего значения в 2 и 9 случаях соответственно, а толщина барабанного кольца в области *spina tympanica anterica*, а также ширина и высота *crista petrosa* были выше среднего размера в 4, 11 и 17 случаях соответственно. В группе 31—36 нед размеры ширины окончания костной части слуховой трубы и истмуса были меньше средних размеров в 8 и 3 случаях, в группе 37—40 нед — в 4 и 6 случаях соответственно. Значения толщины барабанного кольца, ширины и высоты *crista petrosa* во II и III подгруппах были выше средних значений. Анализ морфологических изменений не выявил изменений эпителия слуховой трубы в группе новорожденных, не получавших респираторной поддержки. Во всех подгруппах новорожденных, получавших респираторную поддержку, выявлены морфологические изменения эпителия слуховой трубы в виде его десквамации, уменьшения высоты эпителиоцитов, рядности ресничек, а также лимфоцитарного воспаления. Причем различий в выраженности повреждений в зависимости от срока гестации и вида респираторной поддержки не было.

Выводы. Выявленные индивидуальные анатомические особенности барабанного кольца, истмуса и ширины окончания костной части слуховой трубы, а также патологические изменения морфологических структур эпителия хрящевого отдела слуховой трубы вследствие воспалительного процесса могут быть этиопатогенетическими факторами развития экссудативного среднего отита, а также приводить к его рецидивирующему или хроническому течению.

* * *

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГРИБКОВОГО ОТИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.Я. Кунельская[1], А.Ю. Ивойлов[1, 2, 3], Г.Б. Шадрин[1], А.И. Мачулин[1, 2], Д.И. Красникова[1]

[1]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;
[3]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Высокая распространенность наружного грибкового отита в детском возрасте связана с многочисленными патогенетическими факторами риска, оказывающими влияние на возникновение грибковой инфекции. Современный анализ данных об этиологии наружного грибкового отита у детей показывает, что основными возбудителями данного заболевания являются плесневые грибы рода *Aspergillus, Penicillium,* а также дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В более редких случаях грибковое воспаление наружного уха может быть вызвано диморфными грибами рода *Geotrichum*. Диагностика данного заболевания имеет ряд сложностей, которые связаны с разнообразием симптомов и клинических проявлений наружного грибкового отита. Остаются актуальными вопросы выбора противогрибковых препаратов для проведения эффективного и безопасного лечения.

Цель исследования. Определить эффективность топических противогрибковых препаратов при лечении наружного грибкового отита, вызванного плесневыми, дрожжеподобными и диморфными штаммами грибов, в детской практике.

Материал и методы. В период 2015—2022 гг. проведено обследование и лечение 260 детей в возрасте от 4 мес до 17 лет с диагнозом часто рецидивирующего наружного отита. Все дети неоднократно проходили лечение по поводу этого заболевания в различных клиниках. Исследование выполнено на базе ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, в оториноларингологическом отделении ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ». Диагностика заболевания основана на проведении клинического исследования, осмотра с применением отомикроскопии, микробиологического исследования (микологического и бактериологического).

Результаты. При проведении анализа результатов комплексного микробиологического исследования 260 детей с клиническими признаками наружного отита выяснено, что у 220 (84,6%) детей возбудителями наружного отита являлись бактериальные штаммы, а грибковое воспаление диагностировано у 40 (15,3%) детей. При выполнении микроскопии у данной группы больных выявлены грибы родов *Aspergillus, Candida* и *Geotrichum*. При использовании культуральных методов исследования патологического материала на элективных средах у 28 (70%) детей выявлен рост плесневых грибов *Aspergillus niger*, у 11 (27,5%) детей — дрожжеподобных грибов рода *Candida (C. albicans* — у 5 детей, *C. parapsilosis* — у 4 детей, *Candida* spp. — у 2 детей), у 1 (2,5%) ребенка — диморфного гриба *Geotrichum capitatum*. Основные жалобы на момент обращения: выделения из уха — у 40 пациентов, зуд в ухе — у 31 пациента, боль в ухе — у 16 пациентов, заложенность ушей — у 36 пациентов. У всех пациентов с грибковым поражением наружного слухового прохода (НСП) при отомикроскопии выявлены казеозно-некротические массы в просвете НСП, инфильтрация кожи НСП, а также явления мирингита. Беловато-черные казеозные массы, напоминающие промокшую газету, выявлены у 28 детей (30 ушей) с аспергиллезным воспалением НСП; у 11 детей (12 ушей) с кандидозным воспалением НСП отделяемое носило беловато-желтый характер. У 1 пациента (1 ухо) с геотрихозным поражением НСП при отоскопии в просвете НСП выявлены плотные по консистенции массы желтовато-серого цвета. Полученные результаты микологического исследования учитывались при назначении местной противогрибковой терапии. У 29 детей с высевом плесневых и диморфных

грибов для проведения местной противогрибковой терапии использован раствор нафтифина 1%. Данный препарат применялся для проведения туалета уха и проведения аппликаций на турундах кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 15 мин. Продолжительность курса лечения составила 1 мес. У 11 детей с ростом дрожжеподобных грибов рода *Candida* использован раствор клотримазола 1%. Данный препарат применялся как для проведения туалета уха, так и для выполнения аппликаций на турундах с кратностью 2 раза в сутки с экспозицией до 10 мин. Продолжительность курса лечения составила 1 мес. После окончания курса лечения в повторных посевах роста грибковой культуры не выявлено. Побочных эффектов от проводимой терапии не было. Катамнестический период наблюдения составил от 3 мес до 4 лет. За период наблюдения рецидивов заболевания не было.

Выводы. Выбор топических антимикотических препаратов для лечения наружного грибкового отита должен быть основан на результатах комплексной микробиологической диагностики (микологического и бактериологического исследования). Эффективным и безопасным противогрибковым препаратом при лечении наружного отита, вызванного плесневыми и диморфными грибами, является раствор нафтифина 1%, при кандидозном воспалении — раствор клотримазола 1%. Обязательным условием оценки эффективности лечения является получение отрицательных результатов при проведении повторных микологических исследований после окончания курса терапии.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННЕГО УХА

Н.А. Милешина[1, 2], С.С. Осипенков[1], В.И. Федосеев[2]

[1]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия; [2]ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Врожденные тяжелые аномалии наружного и среднего уха встречаются у 1:10 000 новорожденных при односторонней патологии и у 1:20 000 при двусторонней патологии. Частота врожденных пороков развития внутреннего уха при проявлении синдромальной патологии соответствует частоте этой патологии, а как самостоятельная аномалия, по данным Б.Г. Конигсмарка, у 1:10 000 новорожденных она сопровождается тугоухостью или глухотой. Как правило, эта патология двусторонняя, внешних проявлений вне синдрома не существует, диагноз может быть установлен по данным компьютерной томографии височных костей. В классификациях пороков внутреннего уха учтены данные о внутриутробных сроках возникновения порока (по L. Sennaroglu) и о локализации (по E.K. Jackler): улитка, полукружные каналы, внутренний слуховой проход. Выявление глухоты в роддомах и родильных отделениях с введением скрининга по слуху с применением регистрации отоакустической эмиссии и далее регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов позволяет установить в 96% случаев у ребенка глухоту в возрасте 12—18 мес (по отчетам регионов). Наиболее эффективным методом реабилитации глухого является кохлеарная имплантация (КИ), благодаря господдержке широко доступная детям в настоящее время как в центральных, так и в отдаленных регионах страны. Однако рекомендации о возможности проведения этой операции могут быть даны только после получения результатов компьютерной томографии височных костей, так как необходимо убедиться в отсутствии у пациента врожденного порока развития (приведенных выше аномалий внутреннего уха). Такие состояния, как стеноз внутреннего слухового прохода с аплазией кохлеовестибулярного нерва, отсутствие улитки (аномалия Michel), отсутствие дифференцировки лабиринта (общая полость), не подлежат реабилитации методом КИ. Другие же врожденные особенности строения внутреннего уха либо не влияют на эффективность КИ, либо могут быть преодолены хирургическим путем с удовлетворительным результатом. К ним относятся аномалия Мондини II, при которой имеется развитый базальный завиток улитки, а 1,5 верхних завитка не разделены, гипоплазия улитки, расширение базального завитка и гипоплазия верхних завитков улитки. При этих врожденных изменениях введение электродной решетки в улитку возможно, а успешность обучения разборчивости речи и звуков и воспроизведение речи при сохранной нервной системе будут с результатом от удовлетворительного до хорошего. Изолированные аномалии развития полукружных каналов как самостоятельные проявления порока развития внутреннего уха не влияют на эффективность КИ, но в сочетании с расширением водопровода преддверия могут сопровождаться повышенным истечением ликвора во время операции. Эффективность реабилитации при синдроме CHARGE или синдроме Крузона определена не столько аномалией Мондини, сколько множественными пороками развития (атрезия хоан, пороки сердца, гениталий при первом и краниостеноз при втором, требуется хирургическая коррекция) и задержкой физического и психического развития. В то же время при синдромах BOR, Ушера, Пендреда аномалии строения улитки не выявлены и получены хорошие результаты реабилитации после КИ. Таким образом, при выявлении врожденной глухоты необходимо определить ее причину, которая в 4—5% случаев может быть обусловлена врожденным пороком развития внутреннего уха, а прогноз реабилитации даже с применением КИ будет индивидуальным, и в случаях, когда разрешено хирургическое вмешательство, будет зависеть от психоэмоционального потенциала глухого ребенка и, конечно же, от сроков проведения КИ.

* * *

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАХЕОТОМИИ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ю.Л. Солдатский, Д.Н. Никитина, С.Р. Эдгем, Н.Л. Круговская

ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Рубцовый стеноз гортани и шейного отдела трахеи — преимущественно приобретенное сужение гортани и/или

шейного отдела трахеи, чаще вызванное развитием рубцовой ткани, реже обусловлено воспалением или деформацией хрящей. Ведущая роль в развитии приобретенных стенозов принадлежит интубации трахеи. С развитием медицинских технологий проблема становится все более актуальной, в большей степени при лечении недоношенных детей с продленной интубацией.

На сегодняшний день известны следующие методы хирургического лечения рубцового стеноза гортани: трахеотомия — при стенозах гортани III—IV степени; эндоскопическая микрохирургия — при необходимости удаления грануляционной ткани; эндоскопическая лазерная хирургия — при наличии рубца протяженностью 1—1,5 см; баллонная дилатация — при сохранном хрящевом каркасе и наличии «свежего» рубца; передняя ларинготрахеальная декомпрессия — при выраженном воспалении и отеке подскладкового отдела; ларинготрахеопластика (одноэтапная/многоэтапная) — при выраженном (III—IV степени) и протяженном стенозе, деформации хрящей гортани, потере хрящевого каркаса, неэффективности эндоскопической хирургии; гортанотрахеальная резекция — при протяженных стенозах. Баллонная дилатация при рубцовом стенозе гортани — операция выбора у детей первого года жизни с постинтубационным стенозом гортани. Основные преимущества баллонной дилатации заключаются в минимальной травматизации в связи с радиальным давлением баллона на стенки гортани и в относительно быстрой реабилитации пациентов.

Цель исследования. Проанализировать эффективность и безопасность баллонной дилатации у детей первого года жизни с приобретенным рубцовым стенозом гортани, госпитализированных в многопрофильный педиатрический стационар.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей первого года жизни, которым выполнена баллонная дилатация по поводу рубцового стеноза гортани в период с 2016 по 2022 г. в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». По больничной базе данных выявлены всего 33 ребенка первого года жизни с рубцовым стенозом гортани, которым была произведена баллонная дилатация. Исключены из исследования 8 детей с трахеостомой, наложенной в других стационарах. Включены в исследование 25 детей (11 девочек и 14 мальчиков). Возраст на момент операции составил от 27 дней до 1 года. У всех больных в анамнезе имелась интубация трахеи. Оценены причины интубации (дыхательная недостаточность как следствие патологии), а также интервал между экстубацией и оперативным пособием (от нескольких дней до месяцев). Методика баллонной дилатации заключается в следующем. Под назофарингеальным наркозом выполняется прямая микроларингоскопия. Далее проводятся радиальные инцизии рубца микроинструментами или лазером, введение в подскладковый отдел баллона диаметром, соответствующим возрасту и физическому развитию пациента. Затем производится заполнение баллона физиологическим раствором до создания давления 8—10 атм. Максимальная экспозиция 60—90 с под контролем сатурации. Выполняют трехкратное или четырехкратное повторение процедуры. У пациентов с ларингомаляцией баллонная дилатация совмещена с супраглоттопластикой. Всем пациентам в послеоперационном периоде проведена антирефлюксная терапия, контрольная фиброларингоскопия либо прямая ларингоскопия.

Результаты. Всем пациентам в послеоперационном периоде выполняли фиброларингоскопию в условиях местной анестезии, а при нарастании клинических признаков стеноза производили прямую микроларингоскопию в условиях назофарингеального наркоза. Большинству (19; 76%) пациентов потребовалась однократная баллонная дилатация, 4 (16%) больным выполнено двукратное вмешательство, 1 (4%) пациенту — трехкратное вмешательство, еще 1 (4%) пациенту — четырехкратное вмешательство. Интервалы между повторными операциями составили от 10 дней до 3 мес, зависели от выраженности клинических проявлений стеноза гортани. Трахеотомия не потребовалась ни в одном случае.

Выводы. Баллонная дилатация при рубцовом стенозе гортани является эффективной альтернативой трахеотомии у детей, в том числе первого года жизни. Методика дилатации относительно проста и при наличии современного эндоскопического оборудования легко воспроизводима.

* * *

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЛЛОННОЙ ТУБОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ СО СТОЙКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Н.Л. Кунельская[1, 3], А.Ю. Ивойлов[1, 2, 3], В.В. Яновский[1, 2, 3]

[1]ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;
[3]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Несмотря на развитие современной оториноларингологии, дисфункция слуховой трубы (ДСТ) у детей остается актуальной проблемой. ДСТ той или иной формы встречается примерно у 40% детей в возрасте до 10 лет, а рецидив связанных с ней заболеваний (экссудативный средний отит (ЭСО), катаральный и гнойный средний отит и др.) имеет стабильно высокую частоту, что свидетельствует о необходимости поиска новых методов лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность применения баллонной тубопластики (БТ) у детей со стойкой ДСТ.

Материал и методы. Обследованы и пролечены 48 детей с наличием стойкой ДСТ. У 36 из них диагностирован ЭСО на фоне стойкой ДСТ. Всем этим детям в различных стационарах ранее выполняли шунтирование барабанных полостей (по поводу ЭСО) с одномоментной или последующей аденотомией, а также проводили амбулаторный курс консервативного лечения ДСТ — без положительной динамики. После экструзии или удаления шунтов заболевание рецидивировало. При обследовании детей патологии со стороны носоглотки не выявлено. При проведении тимпанометрии регистрировался тип «В» тимпанограммы с двух сторон. По данным тональной пороговой аудиометрии (ТПА), у 18 больных (18 детям в силу возраста ТПА не проводили) отмечено повышение порогов воздушного звукопроведения до 55 дБ. Всем 36 детям в условиях общего обезболивания проведено повторное шунтирование бара-

банных полостей с одномоментной БТ. Следует отметить, что 12 из 48 детей старшего школьного возраста предъявляли жалобы на периодически возникающую заложенность ушей в течение более 2 лет и частые катаральные средние отиты в анамнезе. Патологии со стороны носоглотки также не выявлено, при проведении тимпанометрии в течение всего периода наблюдения (более 1 года) регистрировался тип «С» тимпанограммы с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 daPa. При проведении ТПА определялось повышение порогов воздушного звукопроведения до 35 дБ. Проба Вальсальвы — положительная, проба Тойнби — отрицательная у всех пациентов. Амбулаторное консервативное лечение ДСТ эффекта не принесло. В условиях общего обезболивания этим детям выполнена БТ с двух сторон.

Результаты. После проведения шунтирования барабанных полостей 36 пациентам с ЭСО на фоне стойкой ДСТ транстимпанально нагнетали лекарственные препараты, обладающие муколитической и антибактериальной активностью. Установлено, что при транстимпанальном введении лекарства (до проникновения препарата в носоглотку) после операции в наружном слуховом проходе требовалось создать значительно меньшее давление, чем до оперативного вмешательства. У 12 детей в настоящее время произошла экструзия шунтов, жалоб нет, при проведении акустической импедансометрии регистрируется тип «А» тимпанограммы с обеих сторон, акустические рефлексы присутствуют. По данным ТПА, слух в пределах возрастной нормы. Остальные 24 ребенка наблюдаются в нашей клинике по настоящее время. У 12 детей со стойкой ДСТ, предъявлявших жалобы на заложенность ушей, положительная динамика отмечена через 14—20 дней — отсутствие заложенности ушей и субъективная нормализация слуха. По данным ТПА, слух в норме, на тимпанограмме у 6 детей отмечен тип «А» с двух сторон, у 6 детей — тип «А» с одной стороны, тип «С» с другой стороны, но с меньшим отклонением в сторону отрицательного давления (до 100 daPa) по сравнению с данными исследования до вмешательства. Простые качественные пробы положительные.

Выводы. Баллонная тубопластика является эффективным и перспективным методом лечения стойкой дисфункции слуховой трубы и связанных с ней заболеваний и может быть рекомендована к дальнейшему использованию.

* * *