

УДК 616-006.5

## ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ УША

Васильева Анастасия Алексеевна<sup>1</sup>, Савченко Анастасия Владимировна<sup>1</sup>, Чебыкина Олеся Владимировна<sup>1</sup>, Абдулкеримов Хийир Тагирович<sup>1</sup>, Карташова Ксения Игоревна<sup>1</sup>, Давыдов Роман Сергеевич<sup>1</sup>, Луговых Александр Альбертович<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница № 9»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Доброкачественная опухоль – патологическое образование, возникающее вследствие нарушения механизмов контроля деления, роста и дифференцировки клеток. К доброкачественным опухолям уха относятся: эпителиальные, неэпителиальные, сосудистые, невrogenные. Как правило, такие опухоли растут медленно и чаще никак себя не проявляют клинически. **Цель исследования** - изучить теоретическую часть доброкачественных новообразований уха, предоставить практическую часть на клиническом примере для обучения врачей, ординаторов диагностике, лечения данной патологии. **Материал и методы.** Тщательный осмотр, сбор анамнестических данных, клинических проявлений, а также применение гистологических и современных лучевых методов исследования позволяет выставить правильный диагноз и способствует успешному лечению таких пациентов. **Результаты.** Выявлены признаки тугоухости слева, обусловленные новообразованием НСП слева. Было проведено оперативное лечение. **Выводы.** Данная группа новообразований имеет сравнительно небольшой удельный вес в структуре новообразований уха. Тщательный осмотр, сбор анамнестических данных, клинических проявлений, а также применение гистологических и современных лучевых методов исследования позволяет выставить правильный диагноз и способствует успешному лечению таких пациентов

**Ключевые слова:** доброкачественное новообразование уха, тугоухость, соединительнотканное новообразование.

## TACTICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF BENIGN EAR TUMORS IN PATIENTS

Vasil'yeva Anastasiya Alekseyevna<sup>1</sup>, Savchenko Anastasiya Vladimirovna<sup>1</sup>, Chebykina Olesya Vladimirovna<sup>1</sup>, Abdulkarimov Khyir Tagirovich<sup>1</sup>, Kartashova Kseniya Igorevna<sup>1</sup>, Davydov Roman Sergeyeovich<sup>1</sup>, Lugovykh Alexander Albertovich<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery

Ural State Medical University

<sup>2</sup>Children's Hospital № 9

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction** A benign tumor is a pathological formation that occurs due to a violation of the mechanisms of control of cell division, growth and differentiation. Benign ear tumors include: epithelial, non-epithelial, vascular, and neurogenic. As a rule, such tumors grow slowly and often do not manifest themselves clinically in any way. **The aim of the study** is to theoretical part of benign ear neoplasms, to provide a practical part on a clinical example for training doctors, residents in the diagnosis and treatment of this pathology. **Material and methods.** A thorough examination, collection of anamnestic data, clinical manifestations, as well as the use of histological and modern radiation research methods allows you to make the correct diagnosis and contributes to the successful treatment of such patients. **Results.** Signs of hearing loss on the left were revealed due to a neoplasm of NSP on the left. Surgical treatment was performed. **Conclusion.** This group of neoplasms has a relatively small proportion in the structure of ear neoplasms. A thorough examination, collection of anamnestic data, clinical manifestations, as well as the use of histological and modern radiation research methods allows you to make the correct diagnosis and contributes to the successful treatment of such patients

**Keywords:** benign tumors of the ear, hearing loss, connective tissue tumors.

## ВВЕДЕНИЕ

Среди всех новообразований ЛОР-органов поражения уха занимают одно из последних мест. Из всех отделов уха в процесс чаще вовлекаются ушная раковина и наружный слуховой проход. За последние 10 лет отмечается заметный рост подобных новообразований. Их подразделяют на опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные новообразования уха [1,2].

В данной работе основное внимание уделяется доброкачественным новообразованиям уха. Доброкачественная опухоль – патологическое образование, возникающее вследствие нарушения механизмов контроля деления, роста и дифференцировки клеток. Клинически опухоль представляет собой очаг роста патологической (анормальной) ткани в различных органах и структурах организма. Отличительными характеристиками доброкачественной опухоли являются: идентичность, или наличие минимальных отличий структуры клетки новообразования и клеток тканей, из которой происходит рост опухоли; экспансивный рост; отсутствие метастазов [1,2,3].

К доброкачественным опухолям уха относятся: эпителиальные (папиллома, аденома или церуминома, миксома, миома, лимфома), неэпителиальные (фиброма, хондрома, остеома, остеобластокластома), сосудистые (гемангиома, лимфангиома, сосудистый невус), неврогенные (гломусная опухоль, невринома 8-го черепно-мозгового нерва) [1,2].

В ходе одного из исследований было взято 152 пациента с опухолеподобными образованиями, доброкачественными и злокачественными опухолями наружного уха. Лица женского пола преобладали над лицами мужского пола – 82 (54%) и 70 (46%) соответственно [2].

Опухлеподобные образования зафиксированы у 58 (38%) больных, доброкачественные опухоли – у 48 (32%), злокачественные – у 46 (30%). Из доброкачественных опухолей доминировала плоскоклеточная папиллома – 14 (9,2%) случаев. Второе место занимали гемангиома – 11 (7,2%) и остеома – 11 (7,2%) случаев, третье – церуминома – 7 (5%), четвертое – дерматофиброма – 3 (2%) и последнее место – гемангиоперицитомы и лейомиома – по одному наблюдению (1,4%). В 84 (55,3%) случаях первичной локализацией новообразования стала ушная раковина, в 68 (44,7%) – наружный слуховой проход. Поскольку ушная раковина доступна для осмотра самому больному и врачу, новообразования подобной локализации выявляются быстрее, чем опухоли наружного слухового прохода. Завиток и противозавиток стали исходной локализацией опухоли у 31 (20,3%) больного, полость ушной раковины – у 24 (16%), мочка уха – у 15 (9,8%), задняя поверхность раковины – у 14 (9,2%) пациентов. Новообразования наружного слухового прохода недоступны для осмотра, и определенное время заболевание развивается незаметно, поэтому выявляется случайно. В хрящевом отделе наружного слухового прохода выявлен рост новообразования у 51 (33,5%) пациента, в костном отделе – у 9 (6%), в области *istmus* – у 8 (5,2%) [2].

Клинические проявления:

Доброкачественные новообразования наружного уха, как правило, растут медленно и чаще никак себя не проявляют клинически. В большинстве случаев причиной обращения пациентов к специалисту является внешний визуализируемый дефект. Другие симптомы могут проявляться клинически в зависимости от локализации опухоли. Если новообразование располагается в области наружного слухового прохода, то со временем пациенты начинают жаловаться на ухудшение слуха (кондуктивную тугоухость), связанное с сужением просвета слухового прохода и нарушением проводимости звуков. При локализации опухоли вблизи барабанной перепонки пациента может беспокоить шум в ухе, снижение слуха. Некоторые новообразования, такие как гемангиомы, гломусная опухоль, склонны к быстрому росту, прорастанию в окружающие ткани – в крупные сосуды, внутреннее ухо, полость черепа. Клиническая картина при таких опухолях сходна со злокачественными новообразованиями. Из барабанной полости опухоль может оказывать давление на преддверие лабиринта и вызывать вестибулярные нарушения, проявляющиеся потерей равновесия, нистагмом, головокружением, вегетативной дисфункцией. Распространение опухоли уха в область луковицы яремной вены сопровождается появлением шума и пульсацией. В случае разрушения барабанной перепонки опухоль становится видна во время осмотра слухового прохода, может присутствовать кровянистое отделяемое [3].

Методы диагностики данной патологии:

1. Отоскопия

2. Рентгенологическое исследование, включая рентгенографию височной кости в трех основных проекциях
  3. Компьютерная томография
  4. Ангиография
  5. Биопсия + гистологическое исследование
- Лечение.

Основной метод лечения – хирургический. Доброкачественная опухоль наружного уха подлежит удалению с косметической целью или в плане профилактики малигнизации, а также для восстановления функциональной значимости уха. Для ее удаления наряду с хирургическим иссечением может быть использовано удаление лазером, радиоволновой метод или криодеструкция.

Большинство доброкачественных опухолей среднего уха подлежат оперативному удалению в связи с возникающим нарушением слуха и вероятностью их злокачественного перерождения. Если опухоль уха не распространяется за пределы барабанной полости, то ее удаление проводят путем тимпанотомии или атикоантротомии. При новообразованиях, выходящих в слуховой проход, применяют мастоидотомию [3].

**Цель исследования** - изучить теоретическую часть доброкачественных новообразований уха, предоставить практическую часть на клиническом примере для обучения врачей, ординаторов диагностике, лечения данной патологии.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

В качестве примера был использован случай обращения пациентки в ГАУЗ СО «ДГКБ №9». Использована история болезни пациентки, результаты диагностических исследований и гистологическое заключение. Для сбора данных по представленной патологии использованы клинические рекомендации по ведению и лечению данной категории пациентов, кафедральные лекции и методические издания кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «УГМУ» по новообразованиям уха, их диагностики и лечению.

#### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Пациентка Ч, 8 лет, 09.10.23г. обратилась к ЛОР-врачу в приемный покой ДГКБ № 9 с жалобами на наличие объемного новообразования в левом слуховом проходе, выделения из левого уха слизисто-гнойного характера. Анамнез заболевания: 08.10.23 родители заметили в левом наружном слуховом проходе багровое образование с гладкой поверхностью размерами 2 мм на 3 мм. Ребенок проходил лечение в оториноларингологическом отделении с диагнозом: хронический левосторонний средний отит, дебют. Грануляции наружного слухового прохода слева. За время лечения выполнено обследование в объеме КТ височных костей: левосторонний средний отит, наружный отит. Деструкция костных стенок левого наружного слухового прохода, частичная деструкция слуховых косточек слева. Не исключается холестеатома, МРТ височных костей: Данных за объемный процесс головного мозга не выявлено. МР-картина левостороннего среднего отита. Признаки холестеатомы. При отоскопии: AS- ушная раковина нормальной формы, кожа над областью сосцевидного отростка не изменена, слуховой проход не сужен, визуализируется образование размерами 3 мм на 3 мм в области нижней стенки НСП, образование бледно-розового цвета. Поверхность гладкая, с выраженным сосудистым рисунком, отделяемое слизистое скудно, барабанная перепонка не обзрима. AD- Ушная раковина нормальной формы, кожа над областью сосцевидного отростка не изменена, слуховой проход широкий, кожа не изменена. Барабанная перепонка серая. Контуры определяются, перфорации нет. Остальные ЛОР- органы без особенностей.

ОАК: без патологии.

БХ крови: без патологии.

Результаты МРТ височных костей и головного мозга с контрастированием: образование наружного слухового прохода слева, может соответствовать атероме, в рамках МРТ детально оценить принадлежность затруднительно. Решение вопроса о КТ височных

костей. Катаральные изменения ячеек решетчатого лабиринта справа, антрума, пирамиды и клеток сосцевидного отростка левой височной кости.

Результаты КТ височных костей с контрастированием: Образование левого наружного слухового прохода. Левосторонний средний отит. Деструкция костных стенок левого наружного слухового прохода, частичная деструкция слуховых косточек слева.

Данные гистологического исследования: соединительнотканый фрагмент с полиморфноклеточной инфильтрацией, внутрисосудистым лейкоцитозом, выстлан многослойным плоским эпителием, заключение: хронический отит.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

КСВП: По амплитудно-временным компонентам КСВП на широкополосный («шумовой») сигнал (щелчок) признаков нарушения проведения импульса по слуховым нервам на момент исследования не выявлено. Признаки кондуктивной тугоухости слева.

Данные импедансометрии: правое ухо – тимпанограмма тип As, акустические рефлексы m. Stapedius регистрируется на частоте 1000 Гц и 4000 Гц, левое ухо – тимпанограмма тип В акустические рефлексы m. Stapedius не регистрируется на всех частотах

При видеоэндоскопическом осмотре левого уха: слуховой проход широкий, выделений нет, визуализируется образование размерами 3 мм на 3 мм в области нижней стенки НСП, образование бледно-розового цвета. Поверхность гладкая, с выраженным сосудистым рисунком, отделяемое слизистое скудно, барабанная перепонка не обозрима (Рис. 1).

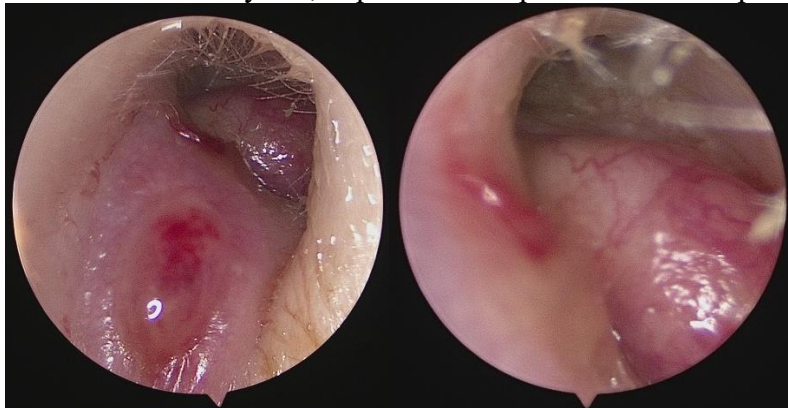


Рис.1 Видеоэндоскопия НСП

Ребенку проведена телемедицинская консультация с согласия родителей (мамы) в федеральных учреждениях для определения дальнейшей тактики ведения и лечения пациента. Ребенок выписывается с улучшением под наблюдение у ЛОР-врача по месту жительства. В ноябре 2023 г пациенту Е. проведено оперативное лечение в объеме удаления новообразования наружного слухового прохода, прорастающего в среднее ухо, тимпаноластики в ФМУ.

### **ВЫВОДЫ.**

Данная группа новообразований имеет сравнительно небольшой удельный вес в структуре новообразований уха.

Тщательный осмотр, сбор анамнестических данных, клинических проявлений, а также применение гистологических и современных лучевых методов исследования позволяет выставить правильный диагноз и способствует успешному лечению таких пациентов. Скрупулезно проанализировав данные литературы, а также основываясь на собственном клиническом опыте, мы можем констатировать, что ранняя диагностика новообразований наружного и среднего уха является залогом их успешного лечения.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Пальчун, В.Т. Оториноларингология: руководство для врачей/В.Т.Пальчун А.И.Крюков // М.- 2001.
2. Кислова, Н. М. Структура ургентной патологии и оказание неотложной помощи больным в ЛОР-стационаре : дис. – Российский государственный медицинский университет- 2002.
3. Попадюк, В.И. Ранняя диагностика и методы лечения при новообразованиях уха: дис. ... д-ра мед. наук. М.- 2003.

4. Чернолев, А.И. Опухоли и опухолеподобные образования наружного уха. Клиника, диагностика, особенности лечения: Дис. канд. мед. наук. М. -2012.

### **Сведения об авторах**

А.А. Васильева\* – ординатор

А.В. Савченко – ординатор

О.В. Чебыкина - ординатор

Х.Т. Абдулкеримов - заведующий кафедрой, главный специалист по оториноларингологии Министерства здравоохранения Свердловской области, доктор медицинских наук, профессор

К.И. Карташова – кандидат медицинских наук, доцент

Р.С. Давыдов – кандидат медицинских наук, доцент

А.А. Луговых -врач оториноларинголог

### **Information about authors**

A.A. Vasileva - Post-graduated student

A.V. Savchenko - Post-graduated student

O.V.Chebykina - Post-graduated student

H.T. Abdulkirimov - Doctor of Sciences (Medicine), Professor

K.I. Kartashova - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

R.S. Davidov - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

A.A. Lugovykh - Otorhinolaryngologist

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

nastua.wesew@mail.ru

УДК: 617.753

## **СТО ИНИЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ РЕФРАКЦИОННОГО ХИРУРГА RELEX SMILE: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕДСКАЗУЕМОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ**

Васильева София Юрьевна<sup>1</sup>, Коротких Сергей Александрович<sup>2</sup>, Жиборкин Глеб Вадимович<sup>2</sup>, Шамкин Алексей Сергеевич<sup>1</sup>, Козлова Алина Сергеевна<sup>1</sup>, Князева Елена Степановна<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий»

Екатеринбург, Россия

### **Аннотация**

**Введение.** Технология ReLEx SMILE предъявляет высокие требования к мануальным навыкам хирурга и имеет ряд возможных специфических для данной технологии осложнений. В литературе встречаются данные о влиянии опыта хирурга на результаты операций. **Цель исследования** – оценить безопасность и клиническую эффективность технологии ReLEx SMILE в коррекции миопии и миопического астигматизма на примере первых ста пациентов отдельного хирурга, получивших лечение по данной методике. **Материал и методы.** В исследование были включены первые 100 пациентов (199 глаз) отдельного хирурга с миопией в сочетании с миопическим астигматизмом или без него, которым была выполнена рефракционная операция по технологии ReLEx SMILE. Пациенты были осмотрены спустя 1 сутки, 1 и 3 месяца после операции. По материалам видеофайлов операций и историй болезни были проанализированы рефракционные результаты и возникшие осложнения. **Результаты.** Спустя 3 месяца после операции 78,9% прооперированных глаз достигли остроты зрения 1,0, 94,4% глаз – остроты 0,8 и более. Астигматизм на 62,6% глаз перед операцией составлял  $\pm 0,51-3,00$  дптр по сравнению с 17,1% после операции (из них только 3,0% – в пределах  $\pm 1,01-3,00$  дптр). Структура возникших интраоперационных осложнений включала дефект эпителия (7,5% глаз), разрыв инцизии (2,5% глаз), кровотечение в области инцизии (0,5% глаз), непреднамеренное первоначальное расслоение задней плоскости линтикулы (3% глаз), затруднения с определением края линтикулы (10% глаз), потерю вакуума (1,0% глаз) и формирование зон блэк-спот (1,0% глаз). Возникшие осложнения не повлияли на окончательные результаты операции. **Выводы.** Технология ReLEx SMILE может считаться относительно доступной в освоении для хирурга-дебютанта, с высокой предсказуемостью рефракционного результата и низким процентом осложнений.

**Ключевые слова:** миопия, астигматизм, рефракционная хирургия, small incision lenticule extraction

## **ONE HUNDRED INITIAL PATIENTS IN THE PRACTICE OF REFRACTIVE SURGEON PERFORMING RELEX SMILE: ANALYSIS OF THE EFFICACY, PREDICTABILITY AND SAFETY OF THE PROCEDURE**

Vasilyeva Sofia Yurievna<sup>1</sup>, Korotkikh Sergey Aleksandrovich<sup>2</sup>, Zhiborkin Gleb Vadimovich<sup>2</sup>, Shamkin Alexey Sergeevich<sup>1</sup>, Kozlova Alina Sergeevna<sup>1</sup>, Knyazeva Elena Stepanovna<sup>2</sup>