

21. Neurogenic dry eye associated with intravitreal injection of anti-VEGF agents / S-H. Lin, Y-H. Fang, F. Jia, Y-J. Li // *European Journal of Ophthalmology*. – 2024. – Vol. 34, №1. – P. 35-40.
22. Ocular adverse events associated with anti-VEGF therapy: A pharmacovigilance study of the FDA adverse event reporting system (FAERS) / P. Ma, X. Pan, R. Liu [et al.] // *Front. Pharmacol.* – 2022. – Vol. 13.
23. Serial intravitreal injections in age-related macular degeneration patients from the dry eye disease perspective: a cross-sectional study / S. Bilici, N. Selçuk, N. Küçük [et al.] // *BMC Ophthalmol.* 2024. – Vol. 24. — P. 453-458.
24. Efficacy of intra-meibomian gland injection of the anti-VEGF agent bevacizumab for the treatment of meibomian gland dysfunction with lid-margin vascularity / X. Jiang, Y. Wang, H. Lv [et al.] // *Drug Des Devel Ther.* – 2018. – Vol. 12. – P. 1269-1279.
25. Malmin, A. Associations between Serial Intravitreal Injections and Dry Eye / A. Malmin, V.M. Thomseth, P.T. Førland // *Ophthalmology*. – 2023. – Vol. 130, № 5. – P. 509-515.
26. Bandello, F. Evaluation of Dry Eye Disease's Signs in Patients Who Were Administered Intravitreal Anti-VEGF Injections (DRYEYE-IVT) / Francesco Bandello. – IRCCS Ospedale San Raffaele. – 2024. – URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06317922> / (accessed 28 March 2025). Text: direct.

Сведения об авторах

С.Б. Исмаилова* – ординатор

Е.В. Бобыкин – доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

S.B. Ismailova* – Postgraduate student

E.V. Bobykin – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

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

Saida.ismailova99@ya.ru

УДК 616.1: 611.831-007.917

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРЕЗА ГОРТАНИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ОРТНЕРА

Лапшина Екатерина Андреевна¹, Булатова Анна Вячеславовна¹, Казеян Гоар Рудиковна¹, Давыдов Роман Сергеевич^{1,2}, Абдулкеримов Хийир Тагирович^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Кардиовокальный синдром, или синдром Ортнера, представляет собой редкую, но значимую причину охриплости, обусловленную параличом голосовых складок вследствие компрессии левого возвратного гортанного нерва (ЛВГН) аномалиями кардиоваскулярной системы в области средостения. Эта патология требует особого внимания в дифференциальной диагностике дисфонии. **Цель исследования-** обоснование необходимости включения синдрома Ортнера в алгоритм обследования пациентов с парезом голосовых связок и подчеркивание важности мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению. **Материал и методы.** Проведен анализ медицинской документации пациента, включающий общий осмотр, физикальное обследование, оториноларингологический осмотр, лабораторные и инструментальные данные, а также оценку маршрутизации, контроля лечения и исхода. Осуществлен анализ научной литературы зарубежных и российских авторов по данной проблеме. **Результаты.** В связи с обнаруженной аневризмой аорты, пациент был направлен на консультацию к кардиохирургу. В настоящее время он проходит необходимые исследования в рамках подготовки к плановой операции. **Выводы.** Мультидисциплинарный подход к заболеванию и ранняя диагностика синдрома Ортнера может помочь начать немедленное лечение для восстановления функции голосовых связок и предотвращения необратимого повреждения возвратного гортанного нерва.

Ключевые слова: синдром Ортнера, кардиоваскулярный синдром, парез голосовых связок

A CLINICAL CASE OF LARYNGEAL PARALYSIS AS A SYMPTOM OF ORTNER'S SYNDROME

Lapshina Ekaterina Andreevna¹, Bulatova Anna Vyacheslavovna¹, Kazeyan Goar Rudikovna¹, Davydov Roman Sergeevich^{1,2}, Abdulkarimov Khiir Tagirovich^{1,2}

¹Ural State Medical University

²City Clinical Hospital №40

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Cardiovascular syndrome, or Ortnner's syndrome, is a rare but significant cause of hoarseness paralysis of the voice folds due to compression of the nervus left recurrent laryngeal (LRLN), anomalies of the cardiovascular system

in the region of the mediastinum [1, 3]. This pathology requires special attention in differential diagnosis of dysphonia. **The aim of the study** Rationale for inclusion of Ortner's syndrome in the examination algorithm of patients with vocal cord paresis and emphasis on the importance of multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. **Material and methods.** Analysis of the patient's medical documentation, including general examination, physical examination, otorhinolaryngological examination, laboratory and instrumental data, as well as assessment of routing, treatment control and outcome. An analysis of the scientific literature of foreign and Russian authors on this problem was carried out. **Results.** As a result, aortic aneurysm was detected, the patient was referred for consultation to a cardiac surgeon. He is currently undergoing the necessary studies to prepare for planned operation. **Conclusions.** A multidisciplinary approach to the disease and early diagnosis of Ortner syndrome can help initiate immediate treatment to restore vocal cord function and prevent irreversible damage to the recurrent laryngeal nerve. **Keywords:** Ortner's syndrome, cardiovascular syndrome, paresis of the vocal cords

ВВЕДЕНИЕ

Кардиовокальный синдром, или синдром Ортнера, представляет собой редкую, но значимую причину охриплости, обусловленную парезом голосовых складок вследствие компрессии левого возвратного гортанного нерва (ЛВГН) аномалиями сердечно-сосудистой системы в области средостения [1, 3]. Эта патология требует особого внимания в дифференциальной диагностике дисфонии.

Синдром Ортнера ассоциирован с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая аневризму аорты, легочную гипертензию, патологию митрального клапана (например, митральный стеноз), аневризму артериального протока и первичную легочную гипертензию [1, 3, 4]. В отдельных случаях, охриплость может быть единственным клиническим признаком аневризмы аорты, что подчеркивает необходимость учитывать кардиовокальный синдром при дифференциальной диагностике дисфонии. Около 10% расслоений аорты протекают бессимптомно, и в литературе описаны единичные случаи, дебютировавшие с синдромом Ортнера [5]. В настоящей работе представлен клинический случай пациента с данной патологией.

Цель исследования – обоснование необходимости включения синдрома Ортнера в алгоритм обследования пациентов с парезом голосовых связок и подчеркивание важности мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинской документации пациента, включающий общий осмотр, физикальное обследование, оториноларингологический осмотр, лабораторные и инструментальные данные, а также оценку маршрутизации, контроля лечения и исхода. Осуществлен анализ научной литературы зарубежных и российских авторов по данной проблеме.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Пациент К., 57 лет, 02.02.2025 обратился в приемное отделение к оториноларингологу с направительным диагнозом из поликлиники: острый ларингит. Предъявлял жалобы на кашель, усиливающийся при физической нагрузке, осиплость голоса в течение 4 месяцев, приступы удушья в покое, усиливающиеся при минимальной физической нагрузке, общую слабость и головокружение, не зависящие от положения тела.

Анамнез жизни: хронические заболевания: ГБ 2 ст, АГ 2 ст, риск 3, НК0. Подагра, ремиссия. Травмы отрицает. Вредные привычки отрицает. Оперативные вмешательства: в 1986 году - непрямая истмопластика аорты по поводу врожденного порока коарктации аорты. Гемотрансфузии отрицает. Постоянно принимает препараты: розувостатин 20 мг 2 раза в сутки, триплексам (5+2,5+10), аллопуринол 100 мг 1 раз в день. Аллергии отрицает. Трудовой анамнез: работает механиком грузовых автомобилей.

Анамнез заболевания: со слов пациента, считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые отметил появление одышки, усиливающейся при физической нагрузке. Первое обращение к врачу произошло через 2 месяца от начала жалоб в связи с головокружением. Был направлен на флюорографию легких: данных за патологию легких не выявлено.

Назначена симптоматическая терапия, с минимальным улучшением (снижение головокружения).

При повторном обращении в поликлинику по месту жительства был направлен к оториноларингологу. При обследовании была выполнена КТ гортани с фонацией с целью исключения новообразования: убедительных данных за образование гортани не выявлено (на серии аксиальных срезов и МРР-реконструкциях: преддверие гортани без особенностей, надгортанник не изменен, преднадгортанниковое пространство без особенностей, черпалонадгортанные складки асимметричны, грушевидные синусы асимметричны, околосовязочное пространство не изменено, истинные и ложные голосовые складки сохранены, голосовая щель по средней линии, симметрична, дополнительных объемных образований шеи не выявлено, начальные отделы трахеи без особенностей, лимфатические узлы не увеличены, слюнные железы без видимых дополнительных образований, очагов деструкции в костях исследуемой области не выявлено). Был выставлен диагноз: хронический ларингит. Несмотря на консервативное амбулаторное лечение, включавшее гортанные заливки с гормонами и антибактериальную терапию, состояние пациента не улучшилось в течение месяца. После чего было принято решение о госпитализации в оториноларингологическое отделение, где провели комплексное обследование, включавшее лабораторные и инструментальные методы, а также прямую ларингоскопию.

Результаты ларингоскопии выявили парез левой истинной голосовой складки. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное. Астенического телосложения. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые оболочки спокойные. АД 145/95 мм рт. ст. / 140/85 мм рт. ст. Пульс 76 уд/мин, сатурация 98%. Аускультация сердца: тоны приглушены, дополнительный тон на аорте (аортальная регургитация?), ритмичные.

ЛОР-статус: лепесток надгортанника правильной формы, подвижен, слизистая розового цвета, истинные голосовые складки серого цвета, парез левой истинной голосовой складки. Остальные ЛОР-органы без особенностей.

ОАК: лейкоциты $6,4 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $4,66 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 152 г/л, тромбоциты $238 \cdot 10^9$ /л
БАК: глюкоза 8,1 ммоль/л, креатинин 87 мкмоль/л, АСТ 15,9 Е/Л, АЛТ 14,5 Е/Л, ХС 8,3 ммоль/л СРБ 6 мг/л ТЭГ: МНО 1,01, АЧТВ 26,7 сек, ПТИ 98,4% ЭКГ: синусовая тахикардия 104 уд/мин Кардиолипидовая проба отрицательная. СОЭ 21 мм/ч

КТ ОГК: На серии нативных КТ-сканов очаговых и инфильтративных образований в легких не выявлено. Трахея и бронхи проходимы. Выпота в плевральных полостях не определяется. Внутригрудные ЛУ не увеличены. Костных деструктивных изменений на уровне исследования не выявлено. Диаметр ЛА 33 мм. Определяется локальное расширение дуги аорты в виде мешотчатого выпячивания левой боковой стенки с расширением диаметра аорты до 62 мм. Кальциноз стенки аорты. Рис 1,2,3

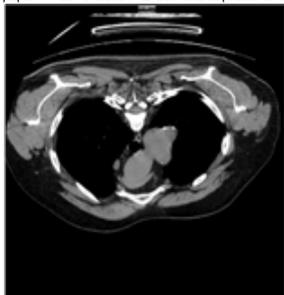


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

В связи с обнаруженной аневризмой аорты, пациент был направлен на консультацию к кардиохирургу. В настоящее время он проходит необходимые исследования в рамках подготовки к плановой операции.

ВЫВОДЫ

1. В данном клиническом случае подтверждается необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациента с парезом голосовых связок. Важно распознавать этот синдром в клинической практике, поскольку подозрение на него может существенно повлиять на исход лечения пациента.

2. У пациентов обычно наблюдается охриплость, которая приводит их к отоларингологу для обследования. Ранняя диагностика синдрома Ортнера может помочь начать немедленное лечение для восстановления функции голосовых связок и предотвращения необратимого повреждения возвратного гортанного нерва. Поэтому, если не удастся выявить распространенную причину охриплости, следует задуматься об охриплости, вызванной сдавлением левого возвратного гортанного нерва, в связи с чем могут быть назначены современные методы лучевой диагностики (компьютерная томография или МРТ грудной клетки).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Роль патологии сердечно-сосудистой системы в развитии пареза возвратного гортанного нерва / Е.А. Кирасирова, О.К. Пимидини, Н.В. Лафуткина [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2016. – Т. 21, №. 6. – P. 372-376.
2. Ortner's syndrome secondary to thoracic aortic aneurysm: a case series / Z. Zhang, H. Feng, X. Chen, W. Li // *Journal of Cardiothoracic Surgery*. – 2022. – Vol. 17, №. 1. – P 270.
3. Ortner's syndrome: a case report and review of the literature / A. R. H. Sandoval, R. C. Zamora, J.M.G. Carrasco, A.J. Ramos // *Case Reports*. – 2014. – Vol. 17.– P. 25.
4. Ortner's syndrome: A systematic review of presentation, diagnosis and management / S. Verma, A. Talwar, A. Talwar [et al.] // *Intractable & Rare Diseases Research*. – 2023. – Vol. 12, №. 3. – P. 141-147.
5. Ortner's Syndrome Due to Giant Thoracic Aortic Aneurysm / Y.S. Shrimanth, P. Barwad, M. Maralakunte [et al.] // *The Journal of Invasive Cardiology*. – 2022. – Vol.34, №. 4. – P. 346-346.

Сведения об авторах

Е.А.Лапшина* - ординатор

А.В.Булатова - ординатор

Г.Р. Казеян - ординатор

Х.Т. Абдулкеримов - доктор медицинских наук, профессор

Р.С. Давыдов - кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

E.A. Lapshina* - Postgraduate student

A.V Bulatova - Postgraduate student

G.R Kazeyan - Postgraduate student

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

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

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

katya.lap.ha132@gmail.com

УДК: 617.75

МЕТОДИЧЕСКИЕ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Минеева Алёна Николаевна¹, Варезкина Есения Сергеевна¹, Бобыкин Евгений Валерьевич¹, Коротких Сергей Александрович¹, Крохалев Вадим Яковлевич²

¹Кафедра офтальмологии

²Кафедра медицинской физики и цифровых технологий

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Аномалии рефракции – глобальная проблема человечества, включая учащуюся молодёжь. **Цель исследования** – изучить методические и клинические аспекты, а также оценить целесообразность определения клинической рефракции студентов-медиков в ходе практических занятий по дисциплине «Офтальмология».

Материал и методы. Исследуемую группу составили 47 студентов (33 женщины и 14 мужчин; средний возраст 22,74 года.), которым были проведены устный опрос, объективное определение динамической клинической рефракции, сопоставление результатов самооценки и обследования, а также анонимный онлайн-опрос о