

рассматриваться, как альтернатива применению БАД “Ретинорм”, при индивидуальной непереносимости последнего.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Балалин, С.В. О толерантном и целевом внутриглазном давлении при первичной открытоугольной глаукоме / С.В. Балалин, В.П. Фокин // Русский медицинский журнал. 2008. №9 (4). С. 117-119.
2. Иммунобиохимические предикторы старения клеток нервной и эндокринной системы в методике оценки геропротекторной активности фармпрепаратов / Г. В. Жиборкин, М. В. Балуева, И. Р. Валиева [и др.]. // Текст: электронный Фармация и общественное здоровье: Материал ежегодной конференции, Екатеринбург. Екатеринбург: УГМА, 2011. С. 27-29.
3. Коротких, С.А. Анализ эффективности гипотензивной терапии препаратом простагландинового ряда и корреляционной связи показателей толерантного внутриглазного давления и биологического возраста у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой / С.А. Коротких, Г.В. Жиборкин, Е.С. Князева // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17, № 8. С. 6–10.
4. Dewi Sari, M., D. Ginkgo biloba extract effect on oxidative stress marker malondialdehyde, redox enzyme glutathione peroxidase, visual field damage, and retinal nerve fiber layer thickness in primary open angle glaucoma / M. Dewi Sari, D. A. Sihotang., A. Lelo // International Journal of PharmTech Research. 2016. Vol. 9, №3. P. 158-166.
5. Балалин, С.В. Современные представления о понятии «давление цели» / С.В. Балалин, В.П. Фокин // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2012. №13 (4). С. 123–125.

Сведения об авторах

Г.В.Жиборкин - младший научный сотрудник

С.А. Коротких - профессор, старший научный сотрудник

Е.С.Князева - старший научный сотрудник

А.С.Козлова - аспирант

Information about the authors

G.V. Zhiborkin - Researcher

S.A. Korotkikh - Professor, Senior Researcher

E.S. Knyazeva - Senior Researcher

A.S. Kozlova - Postgraduate student

УДК 616-005.749.4

АРРОЗИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Любовь Эдуардовна Иванцова¹, Фарзона Джамиевна Назарова¹, Хийир Тагирович Абдулкеримов^{1,2}, Ксения Игоревна Карташова¹, Ксения Валерьевна Шаманская¹

¹Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ
²ГАУЗ СО «Городская клиническая больница» №40
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В условиях современных технологий и оснащения учреждений здравоохранения приоритетными в лечении кровотечений из опухолей головы и шеи являются эндоваскулярные методики. Эндоваскулярный доступ малоинвазивный, обеспечивает селективную артериальную эмболизацию с минимальным воздействием на кровоснабжение соседних тканей, а также обладает возможностью мгновенной послеоперационной оценки эффективности процедуры. **Цель работы** - анализ эффективности эндоваскулярной окклюзии питающих сосудов злокачественных новообразований ЛОР-органов. **Материал и методы.** В качестве примера был использован случай обращения пациента в ГАУЗ СО "ГКБ" №40. Использована история болезни пациента и интраоперационные рентгенограммы. **Результаты.** Пациент С., 56 лет, доставлен бригадой СМП в неотложном порядке с жалобами на кровотечение из полости рта, слабость, боль в горле. Ds: Злокачественное новообразование левой боковой поверхности языка с переходом на левую небную дужку cT2 N0 M0 стадия II. Злокачественное новообразование твердого неба cT2 N0 M0 стадия II. (гистология плоскоклеточный рак). Кровотечение из распада опухоли боковой поверхности языка. Геморрагический шок. Выполнена эндоваскулярная эмболизация сосудов опухоли, кровотечение остановлено. **Выводы.** Преимущество эндоваскулярной эмболизации как первоочередного метода остановки кровотечения из распадающейся опухоли заключается в малой инвазивности, отсутствии необходимости в общем обезболивании, высокой эффективности, возможности проведения у ослабленных больных, не исключает в дальнейшем возможность проведения других методов лечения.

Ключевые слова: аррозивное кровотечение, эндоваскулярная эмболизация, гемостаз, распадающаяся опухоль

TACTICS OF MANAGEMENT OF ARROSIVE BLEEDING FROM NEOPLASMS OF THE HEAD AND NECK

Lyubov E. Ivantsova¹, Farzona D. Nazarova¹, Khiiir T. Abdulkерimov^{1,2}, Ksenia I. Kartashova¹, Ksenia V. Shamanskaya¹

¹Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery
Ural state medical university

²City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. In the conditions of modern technologies and equipment of healthcare institutions, endovascular techniques are the priority in the treatment of bleeding from head and neck tumors. Endovascular access is minimally invasive, provides selective arterial embolization with minimal impact on the blood supply to

neighboring tissues, and also has the ability to instantly postoperatively evaluate the effectiveness of the procedure. **The purpose of the study** is to analyze the effectiveness of endovascular occlusion of the supply vessels of malignant neoplasms of the ENT organs. **Material and methods.** As an example, the case of a patient contacting GAUZ SO "GKB" № 40 was used. The patient's medical history and intraoperative radiographs were used. **Results.** Patient S., 56 years old, was delivered by the ambulance team on an emergency basis with complaints of bleeding from the oral cavity, weakness, and sore throat. Ds: Malignant neoplasm of the left lateral surface of the tongue with the transition to the left palatine arch cT2 N0 M0 stage II. Malignant neoplasm of the hard palate cT2 N0 M0 stage II. (histology squamous cell carcinoma). Bleeding from the collapse of the tumor of the lateral surface of the tongue. hemorrhagic shock. Performed endovascular embolization of tumor vessels, bleeding stopped. **Conclusions.** The advantage of endovascular embolization as a primary method of stopping bleeding from a decaying tumor is low invasiveness, no need for general anesthesia, high efficiency, the possibility of performing in debilitated patients, does not exclude the possibility of further treatment.

Keywords: arrosive bleeding, endovascular embolization, hemostasis, decaying tumor

ВВЕДЕНИЕ

Злокачественные новообразования головы и шеи, включая опухоли полости рта, глотки и гортани, составляют около 5% в общей структуре онкопатологии. Как правило, следствием позднего обращения ряда больных за медицинской помощью является прогрессирование заболевания и повышение риска возникновения кровотечений из распадающейся опухоли. Лечение таких заболеваний представляет серьезную проблему. [1, 2, 5]

До недавнего времени лечение аррозивного кровотечения из такого новообразования, как правило, сводилось к перевязке ветвей наружной сонной артерии (НСА), кровоснабжающих опухоль и пораженный орган. В большинстве случаев лигируют наружную и, значительно реже, общую сонную артерию (ОСА) на стороне поражения. Последнее чревато развитием необратимых ишемических расстройств как непосредственно в пораженном органе, так и в головном мозге. Кроме того, значительный объем опухоли и конгломераты метастатических узлов могут затруднять хирургический доступ к сосудисто-нервному пучку шеи. [3]

В свою очередь ангиографические исследования, выполненные в различные сроки после перевязки ветвей НСА, показали восстановление гемоциркуляции в пораженном органе за счет быстрооткрывающихся коллатералей из смежных ветвей и сосудистых анастомозов контралатеральной сонной артерии. Последнее обстоятельство нередко ведет к повторным кровотечениям. В случае возникновения рецидива кровотечения на фоне лигированной наружной сонной артерии иногда приходится прибегать к реконструкции перевязанной артерии с целью выполнения эндоваскулярного вмешательства. Изложенное еще раз указывает на необходимость комплексного подхода к лечению гипervasкулярных образований лица и согласованных

действий челюстно-лицевого хирурга и специалистов в области эндоваскулярных вмешательств. [4, 5]

Поиск надежных и в то же время малоинвазивных способов остановки кровотечения при злокачественных опухолях челюстно-лицевой области до сих пор является серьезной задачей онкологии, сосудистой и челюстно-лицевой хирургии. [4]

Альтернативой перевязке ветвей НСА может являться эндоваскулярная катетерная эмболотерапия. В онкологии она применяется, как правило, в качестве паллиативного воздействия при неоперабельных процессах. Иногда данное вмешательство способствует переводу опухоли в резектабельный статус. Предоперационное использование эмболотерапии играет также определенную роль в снижении кровопотери во время операции. У части пациентов она дает возможность избежать обширной операции, оказывая хороший гемостатический эффект.

Актуальность проблемы кровотечений из злокачественных новообразований опухолей головы и шеи послужила основанием для изучения структуры данной патологии и тактики её лечения. [4, 5]

Цель исследования - анализ эффективности эндоваскулярной окклюзии питающих сосудов злокачественных новообразований ЛОР-органов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В качестве примера был использован случай обращения пациента в ГАУЗ СО "ГКБ" №40. Использована история болезни пациента и интраоперационные рентгенограммы.

Для сбора данных по данной патологии использован интернет браузер Microsoft Edge, через который осуществлялся поиск информации по остановке кровотечения из новообразований путем эмболизации питающих сосудов, клинические рекомендации по ведению и лечению данной категории пациентов, кафедральные лекции и методические издания кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО "УГМУ".

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент С., 56 лет, доставлен бригадой СМП в неотложном порядке с жалобами на кровотечение из полости рта, слабость, боль в горле.

Ds: Злокачественное новообразование левой боковой поверхности языка с переходом на левую небную дужку cT2 N0 M0 стадия II. Злокачественное новообразование твердого неба cT2 N0 M0 стадия II. (гистология плоскоклеточный рак). Кровотечение из распада опухоли боковой поверхности языка. Геморрагический шок.

Состояние тяжелое. Сознание ясное, дыхание самостоятельное. АД 75-54 мм рт. ст. ЧСС 90 в минуту, ЧДД 18-20 в минуту.

St. localis: в полости рта сгустки крови, продолжающегося кровотечения нет. Глотка, гортань адекватному осмотру не подлежат, учитывая затруднение открывания рта. Нос: слева в области дна полости носа новообразование неправильной формы, серого цвета с неровными краями, прикрытое геморрагическим сгустком. Уши: AD=AS норма.

Учитывая тяжесть состояния, данные осмотра, лабораторные показатели (ОАК E_r $2,35 \times 10^{12}$, H_b 69,0 г/л), АД 75/54 мм рт. ст. показано госпитализация в РАО, проведение гемо- и плазмотрансфузии.

14.09.22 эпизод кровотечения из полости рта и носа. Состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Больной активен.

St. localis: обильное стекание алой крови из полости носа и рта. Глотка, гортань адекватному осмотру не подлежат, учитывая затруднение открывания рта.

Попытка тампонады полости носа не эффективна. С целью обеспечения проходимости дыхательных путей показана трахеостомия.

На этапе предоперационной подготовки кровотечение остановилось.

Выполнена трахеостомия. Послеоперационный период без особенностей.

Установлен назогастральный зонд.

Учитывая рецидивирующий характер кровотечения показана эмболизация питающих сосудов опухоли.

15.09.2022 Эмболизация сосудов опухоли

Под м/а Sol. Lidocaini 0,5% пунктированаа. femoraliscomm. dex. Катетеризированы ОСА dex. et sin., НСА sin. Выполнена ангиография бассейнов перечисленных сосудов. Введено внутриаартериально дробно Ультравист 300-150 мл.

На полученных ангиограммах в проекции объемного образования корня языка слева определяется патологическая опухолевая сосудистая сеть, получающая кровоснабжение из ветвей левой НСА.

Проводниковый катетер установлен в левой НСА. Через катетер, установленный в афференте выполнена эмболизация сосудов опухоли.

Катетер и интродьюсер удалены. Местный гемостаз. Давящая повязка.

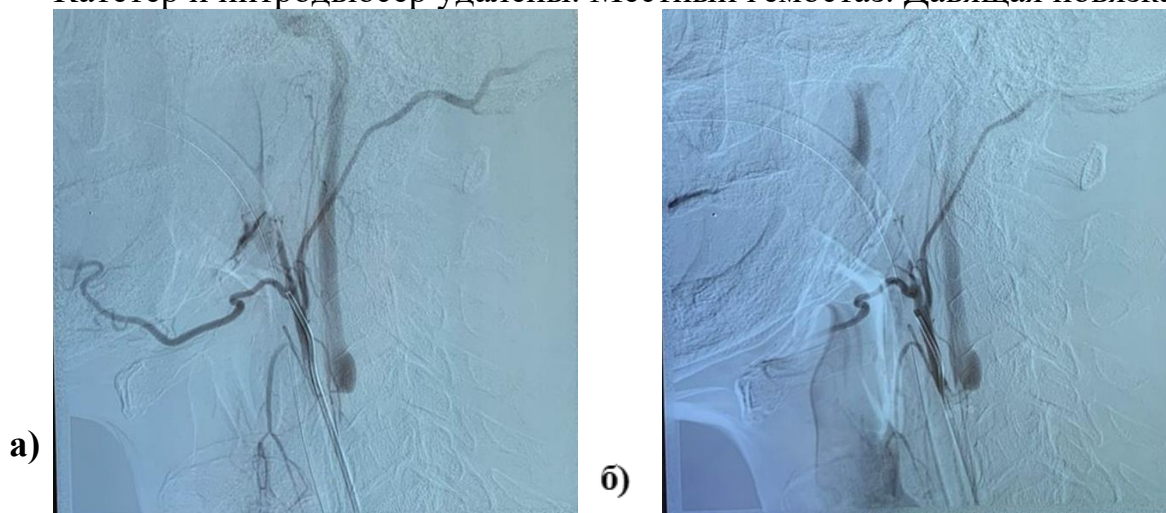


Рис. 1. Ангиограммы пациента С. до (а) и после (б) эмболизации

Пациент переведен в ЛОР-отделение.

Проводилось динамическое наблюдение, туалет трахеостомической раны. Повторных эпизодов кровотечения нет.

Выписан под наблюдение ЛОР-врача, онколога по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

В условиях современных технологий и оснащения учреждений здравоохранения приоритетными в лечении кровотечений из опухолей головы и шеи являются эндоваскулярные методики. Эндоваскулярный доступ малоинвазивный, обеспечивает селективную артериальную эмболизацию с минимальным воздействием на кровоснабжение соседних тканей, а также обладает возможностью мгновенной послеоперационной оценки эффективности процедуры.

ВЫВОДЫ

1. Больные со злокачественными опухолями головы и шеи составляют группу высокого риска аррозивных опухолевых кровотечений, в которой при первых признаках кровотечения, не дожидаясь развития анемии, можно выполнить превентивную эмболизацию.

2. Эндоваскулярная эмболизация сосудов, питающих опухоли головы и шеи, безопасна и позволяет достичь гемостатического эффекта с возможностью дальнейшей реализации лекарственного или хирургического лечения, при этом снижаются интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции и улучшается послеоперационная реабилитация.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1.Современные тенденции в терапии местнораспространенного рака ротоглотки и полости рта. Корытова Л. И., Сокуренок В. П., Масленникова А. В. – 2011.

2.Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина. 2001; 379-421.

3.Роль перевязки наружной сонной артерии в лечении злокачественных опухолей языка Прокофьев В. Е., Лебедев С. Н. //Стоматология. 2004. Т. 2. С. 37-39.

4.Эмболизация при кровотечениях из опухолей головы и шеи/ Болотова Р.С., Хохриков Г.И., Маторин О.В., Поляков А.П., Рерберг А.Г. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена 2021. -№10(6). С.71-76.

5. Banaszewski, J. [et al.] Primary surgical treatment versus salvage surgery: results of free flap reconstruction performed in 100 patients with oropharyngeal cancer //Surgical Oncology. 2019. Т. 28. С. 174-179.

Сведения об авторах

Л. Э. Иванцова* - ординатор

Ф. Дж. Назарова - 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

К. В. Шаманская – ассистент кафедры

Information about the authors

L. E. Ivantsova* - Post-graduated student

F. Dzh. Nazarova - Post-graduated student

Kh. T. Abdulkerimov - Doctor of Science (Medicine), Professor

K. I. Kartashova - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

K. V. Shamanskaya - Department assistant

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

УДК 617.753.2

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФЕМТОЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ
МЕТОДОМ RELEX® SMILE У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ

Алина Сергеевна Козлова¹, Сергей Александрович Коротких^{1,2}, Мария
Артуровна Альварес¹, Глеб Вадимович Жиборкин²

¹Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Из всех нарушений рефракции миопия имеет наиболее высокую распространенность как среди детского, так и среди взрослого населения. В последние годы процент лазерных кераторефракционных операций неуклонно растет в структуре оказания офтальмологической помощи. Лазерная коррекция зрения методом ReLEx® SMILE показывает высокую безопасность и эффективность поскольку позволяет избежать осложнений, связанных с роговичным лоскутом. **Цель исследования** оценить первые результаты лазерной коррекции миопии методом ReLEx® SMILE. **Материал и методы.** Ретроспективное исследование результатов коррекции зрения методом ReLEx® SMILE у 26 пациентов. Критерии включения: миопия от 1,25 до 8,50 диоптрий (Д) по сферозэквиваленту и максимально корригированная острота зрения оперируемого глаза перед операцией 0,70 и более. **Результаты.** Средняя некорригированная острота зрения (НКОЗ) перед операцией составила 0,06, после операции 0,95. Средняя рефракция правого и левого глаза перед операцией составила $-5,07 \pm 1,37$ Д и $-4,93 \pm 1,88$ Д соответственно. Послеоперационная рефракция составила $-0,20 \pm 0,43$ Д и $0,05 \pm 0,40$ Д на правом и левом глазу соответственно. Средняя максимально корригированная острота зрения (МКОЗ) перед операцией составила 0,96, послеоперационная МКОЗ составила 0,99. У пациентов старше 35 лет НКОЗ через 3 мес. после операции была ниже, чем у пациентов младше 35 лет ($p < 0,05$). **Выводы.** Операция ReLEx® SMILE показала высокую эффективность и безопасность у пациентов с миопией разной степени во всех возрастных группах.

Ключевые слова: ReLEx® SMILE, миопия, коррекция зрения

**«FIRST RESULTS OF FEMTOLASER VISION CORRECTION
USING RELEX® SMILE IN PATIENTS WITH MYOPIA»**

Alina S. Kozlova¹, Sergey A. Korotkikh^{1,2}, Maria A. Alvares¹, Gleb V. Zhiborkin²

¹Department of Ophthalmology

Ural state medical university

²Institute of Medical Cell Technologies

Yekaterinburg, Russia