

**Программа**  
**VIII МЕЖДУНАРОДНОГО МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО**  
**КОНГРЕССА ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ**  
**ГОЛОВЫ И ШЕИ**  
**Впервые в on-line формате**

Общественная Общероссийская Организация  
«Федерация специалистов по лечению заболеваний  
органов головы и шеи»

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
оториноларингологии ФМБА РОССИИ»  
*г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, корп. 2*

---

**28 мая 2020 г., четверг**  
**Открытие в 14:00**  
**Пленарная сессия – COVID-19 в 15:00**

Время	Название секции	Модераторы
<b>Зал 1</b>		
09:00 - 10:00	Регистрация на сайте <a href="http://headneckcongress.ru">headneckcongress.ru</a> INTRO конгресса - 1. Видеоролик 2019 года. 2. "В ординаторской с Экспертом". 3. + обзор сайта и выставки.	
10:00 - 11:00	Секция 1. Хирургия TORS. <i>Роботоассистированная резекция злокачественного новообразования ротоглотки.</i>	Академик РАН Решетов И.В., Академик РАН Чойнзонов Е.Ц.

<p>11:00 - 12:00</p>	<p>Секция 2. "Живая хирургия". Проф., д.м.н. Новожилова Е.Н. <i>Двусторонняя шейная лимфодиссекция.</i> Трансляция из МГОб №62.</p>	<p>Академик РАН Решетов И.В., главный врач МГОб №62 к.м.н. Каннер Д.Ю., д.м.н. Грачев Н.С.</p>
<p>12.00 - 13.00</p>	<p>Секция 3. "Живая хирургия". <i>Резекция нижней зоны лица с одномоментной реконструкцией свободным реваскуляризованным малоберцовым трансплантатом и одномоментной установкой дентальных имплантатов, и протезированием зубов.</i> Дикарев А.С., Батырев А.В., Циненко Д.И., Назарян Д.Н., Федосов А.В., Захаров Г.К., Ляшев И.Н., Мохирев М.А., Вайнштейн А.И.</p>	<p>д.м.н. Кравцов С.А., проф. Поляков А.П.</p>
<p>13.00 - 14.00</p>	<p>Секция 4. «Живая хирургия». Видеотрансляция. <i>Транслабиринтный доступ и доступ через среднюю черепную ямку к внутреннему слуховому проходу.</i></p>	<p>Проф. Диаб Х.М., проф. Свистушкин В.М.</p>
<p><b>Зал 2</b></p>		
<p>13:00 - 14:00</p>	<p>Секция 5. Сателлитный симпозиум Novartis. <i>«Новые возможности контроля воспаления при аллергическом рините и полипозном риносинусите».</i></p>	<p>Проф. Карнеева О.В.</p>

13:00-13:20	Аллергический ринит и полипозный риносинусит: нерешенные вопросы терапии. Карнеева О.В. (доклад при поддержке компании Novartis, баллы НМО не начисляются).
13:20-13:40	Тяжелый аллергический ринит: перспективы, изменения парадигмы лечения. Ненашева Н.М. (доклад при поддержке компании Novartis, баллы НМО не начисляются) Карнеева
13:40-14:00	Потенциал биологической терапии при полипозном риносинусите. Курбачева О.М. (доклад при поддержке компании Novartis, баллы НМО не начисляются).

## Зал 1

14:00 - 15:00	<p><b>Открытие VIII Конгресса</b>  <b>Академик РАН Решетов И.В.,</b>  <b>директор НМИЦ оториноларингологии,</b>  <b>член-корр. РАН Дайхес Н.А.,</b>  <b>председатель РФФИ, академик РАН Панченко В.Я.,</b>  <b>директор департамента науки, инновационного развития</b>  <b>Коробко И.В.,</b>  <b>Академик РАН Глыбочко П.В., Академик РАН Крылов В.В.,</b>  <b>Академик РАН Кулаков А.А., Академик РАН Лукьянов С.А.,</b>  <b>Академик РАН Чойнзонов Е.Ц., Академик РАН Янов Ю.К.,</b>  <b>Академик РАН Янушевич О.О., член-корр. РАН Фомин В.В.,</b>  <b>проф. Абрамов А.Ю., проф. Карпищенко С.А.,</b>  <b>проф. Мантурова Н.Е., проф. Неробеев А.И., проф. Семенов Д.Ю.,</b>  <b>к.м.н. Каннер Д.Ю., к.м.н. Сукорский Д.В.</b></p> <p><b>Награждение лауреатов</b>  <b>памятной медалью им. Сендульского И.Я.</b></p> <p><b>Памятная лекция – Капитанов Д.Н.</b>  <b>Докладчики: академик РАН Потапов А.А., Шелеско Е.Ю.</b></p>	
15:00 - 16:00	<p><b>Пленарная сессия. Лечение</b>  <b>пациентов с заболеваниями</b>  <b>органов головы и шеи с COVID+</b>  <b>и новые подходы и технологии</b>  <b>в хирургии и онкологии органов</b>  <b>головы и шеи.</b></p>	<p><b>Член-корр. РАН Дайхес Н.А.,</b>  <b>Академик РАН Решетов И.В.,</b>  <b>Академик РАН Поляков В.Г.,</b>  <b>Академик РАН Чойнзонов Е.Ц.</b></p>

15:00-15:10	<p>Tracheostomy in Covid-19 time.  <i>Prof. G. Margolin (Sweden).</i>  <i>Резюме: В докладе представлены данные по трахеостомии пациентов с COVID-19 в Швеции. Предлагаются новые подходы в показаниях к проведению трахеостомии у этих пациентов.</i></p>
15:10-15:20	<p>Особенности хирургии рака головы и шеи при COVID-19.  Решетов И.В.  Резюме: Инфекция COVID-19, которую вызывает новый коронавирус, продолжает распространяться на территории России. На 18 мая 2020 года в стране подтверждено более 290 тысяч случаев заболевания (в мире — более 4,7 миллионов), более 2700 больных погибли. Новый вирус особенно опасен для некоторых групп людей, у которых инфекция чаще протекает в тяжелой форме, приводит к опасным осложнениям и гибели. Онкологические больные входят в группу повышенного риска, так как у них снижены защитные силы организма.</p>
15:20-15:30	<p>Поддержка имплантированных пациентов в условиях пандемии.  Зонтова О.В., Пудов В.И., Левин С.В., Пудов Н.В.  Резюме:  Все пациенты после кохлеарной имплантации и прежде всего дети нуждаются в регулярной помощи и поддержке, а в условиях пандемии этот вопрос встает наиболее остро. Ограничения, вызванные пандемией, ограничивают их возможности и вызывают чувство страха и тревоги, как у самих пациентов, так и у их родственников. Основным успехом в реабилитации зависит, прежде всего, от систематических занятий по развитию слухового восприятия и речи. Несмотря на режим самоизоляции необходимо продолжать процесс реабилитации и правильно использовать свободное время для занятий с ребенком. В результате предложенных нами мероприятий по реабилитации пациентов после КИ в условиях самоизоляции и пандемии, во-первых, улучшилось их психологическое состояние, что позволило оптимизировать процесс реабилитации. Во-вторых, у всех пациентов отмечалась положительная динамика, оказывающая влияние на повышение их реабилитационного потенциала.</p>
15:30-15:40	<p>Торакальная хирургия в Великобритании во время пандемии COVID-19.  Vladimir Anikin (England).  Резюме:  В рамках доклада лектор поделится опытом лечения больных с торакальной патологией в Великобритании в период пандемии COVID-19. Торакальный хирург в Великобритании имеет большой функционал, однако пандемия COVID-19 существенно осложнил работу. До эпидемии в Великобритании проводилось 94 912 резекций по поводу рака при этом среднее увеличение продолжительности жизни равно 18,1 лет. При задержке лечения на 6 месяцев возможно средняя потеря продолжительности жизни на 2,3 года. В период COVID-19 в онкохирургии ввели уровни срочности для пациентов: 1 -жизненные показания, 1а-24 часа, 1б-72 часа, 2- 4 недели, 3 – 10 – 12 недель.</p>
15:40-15:50	<p>Опыт Китая и Сингапура: как грамотно спланировать лечение онкопациентов в условиях пандемии COVID-19.</p>

	<p><i>Мелвин Л.К., Чуа.</i></p> <p>Резюме:</p> <p>В основе рабочего процесса в условиях пандемии должна быть поэтапная система скрининга пациентов. В Китае и Сингапуре был следящий алгоритм: сначала изучали историю перемещений людей, потом их температуру – интересовал диапазон 37,3-37,5 – и, наконец, симптомы. Но даже если температура была в пределах нормы, а человек был в зоне риска, все равно переводили пациента на следующий этап. На следующем этапе делали и тест, и КТ. У пациентов наблюдаются патологические изменения в легочной ткани., как при атипичной пневмонии. Таких пациентов сразу отправляли в больницы для инфицированных, чтобы избежать заражения других пациентов.</p>
--	--

**28 мая 2020 г., четверг**

<b>16:00-16:30</b>	<p><b>Регистрация на сайте <a href="http://headneckcongress.ru">headneckcongress.ru</a></b></p> <p><b>INTRO конгресса –</b></p> <p><b>1. Видеоролик 2019 года.</b></p> <p><b>2. "В ординаторской с Экспертом".</b></p> <p><b>3. + обзор сайта и выставки.</b></p>
--------------------	---

<b>Зал 1</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>16:30-18:00</b>	<b>Секция 6. Оториноларингология 1.</b>	<p><b>Член-корр. РАН Дайхес Н.А.,</b>  <b>академик РАН Янов Ю.К.,</b>  <b>проф. Егоров В.И.,</b>  <b>проф. Крюков А.И.,</b>  <b>проф. Карпищенко С.А.,</b>  <b>проф. Свистушкин В.М.,</b>  <b>проф. Ким И.А.,</b>  <b>проф. Попадюк В.И.</b></p>
16:30-16:50	<p>Рациональная антибактериальная терапия респираторных инфекций в эпоху антибиотикорезистентности.</p> <p>Зырянов С.К. (доклад при поддержке компании Alfarma, баллы НМО не начисляются).</p>	
16:50-17:00	<p>Наш опыт хирургического лечения ронхопатии.</p> <p>Егоров В.И., Кочнева А.О.</p> <p>Резюме:</p> <p>Разработан и внедрен в практику новый способ хирургического лечения ронхопатии, основанный на контролируемой деструкции мягкого неба и язычка в строго определённых местах и на необходимую глубину, результатом которого является прогнозируемое равномерное рубцевание</p>	

	<p>тканей, приводящее к решению проблемы храпа без косметического дефекта и нарушения функции мягкого неба.</p> <p>Динамика наблюдения показала, что по мере исчезновения воспаления и развития рубцов мягкое небо, дужки и язычок истончаются, уплотняются и подтягиваются, что приводит к исчезновению их вибрации (т.е. храпению). Данный способ лечения хорошо переносился больными, что способствовало сокращению сроков стационарного лечения и реабилитации пациентов.</p>
17:00-17:20	<p>Медикаментозная коррекция дисфонии на фоне воспалительных заболеваний ВДП.</p> <p>Ким И.А. (доклад при поддержке компании Voiron, баллы НМО не начисляются).</p>
17:20-17:30	<p>Оценка приверженности лечению пациентов с назальной обструкцией.</p> <p>Рагимова Д.Р., Ким И.А., Носуля Е.В., Первичко Е.И.</p> <p>Резюме:</p> <p>В ходе исследования выяснилось, что приверженные лечению пациенты представляют собой неоднородную группу. Часть из них представлена больными, которые тщательно выполняют все медицинские рекомендации, а другая часть – больными, которые выполняют только «самые важные» рекомендации.</p> <p>Умеренно приверженные лечению пациенты представляются как наиболее адаптивно решающие проблему лечения хронического заболевания, поскольку в ситуации болезни они испытывают меньше негативных переживаний, связанных с болезнью, и сохраняют высокий уровень работоспособности и способность логически мыслить. А в ситуации болезни, как и в любой другой ситуации фрустрации, дают больше других реакции, сфокусированные на удовлетворении потребности облегчения устранения симптомов.</p> <p>Таким образом, низкая приверженность лечению – междисциплинарная проблема, но без понимания психологических феноменов и механизмов, стоящих за некомплаентным поведением больного, эффективное изменение невозможно.</p>
17:30-17:45	<p>Наш опыт эндоназального удаления гигантских остеом околоносовых пазух.</p> <p>Карпищенко С.А. Болознева Е.В.</p> <p>Резюме: в докладе приведен опыт удаления гигантских остеом околоносовых пазух.</p>
17:45-18:00	<p>Лечение и профилактика одонтогенных верхнечелюстных синуситов при восстановительных операциях на альвеолярном отростке верхней челюсти.</p> <p>Вишняков В.В., Бакотина А.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Необходимо повысить эффективность профилактики возникновения и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов при проведении субантральной пластики.</p> <p>По итогам проведенного хирургического лечения можно подтвердить, что метод функциональной эндоскопической ринохирургии показан при лечении верхнечелюстных синуситов не только риногенного, но и одонтогенного происхождения. При планировании любого хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе, в том числе и стоматологического, необходимо проведение компьютерной томографии околоносовых пазух.</p>

## Зал 2

Время	Название секции	Модераторы
<b>16:30-18:00</b>	<b>Секция 7. Пластическая и эстетическая хирургия 1</b>	<b>Проф. Мантурова Н.Е., академик РАН Решетов И.В., проф. Адамян Р.Т., проф. Старцева О.И., к.м.н. Андреева В.В.</b>
16:30-16:40	Приветственное слово. Главный внештатный специалист пластический хирург МЗ РФ, зав. кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент «РОПРЭХ», профессор, д.м.н. Мантурова Н.Е.	
16:40-16:55	Гармонизирующие операции в эстетической хирургии лица. Искорнев А.А. Резюме: Искусство в хирургии: гармонизирующие операции Высшая цель пластического хирурга — достижение гармонии в ходе эстетической коррекции	
16:50-17:00	Дифференцированный подход к использованию продуктов на основе липоасpirата в коррекции возрастных изменений лица. Васильев В.С. Резюме:	
17:10-17:20	Применение регенераторной системы «Цероксин» в комбинированном реконструктивно-восстановительном лечении различных видов рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей головы и шеи. Андреева В.В. Резюме: Одним из перспективных препаратов для лечения ран, дефектов, деформаций и рубцов мягких тканей головы и шеи является отечественный препарат «Цероксин». Патогенетически обоснованный состав разработанного геля «цероксин» на основе наночастиц диоксида церия и фукоидана позволяет использовать его на всех этапах медицинской реабилитации больных, перенесших различные виды рубцовых деформаций и дефектов для профилактики и лечения гипертрофических и келоидных рубцов. Применение аппликаций гелем «Цероксин» безопасно у пациентов с рубцовыми деформациями и дефектами мягких тканей головы и шеи. Эффективность лечения определяется уменьшением интенсивности болевого синдрома, выраженным последствием препарата, хорошими и отличными отдаленными косметическими результатами.	
17:20-17:30	Хирургическое лечение эндокринной офтальмопатии. Дикарев А.С., Мантаридис Д.В., Циненко Д.И. Резюме: Эндокринная офтальмопатия - заболевание ретробульбарных тканей и мышц глазного яблока аутоиммунной природы, которое возникает	

	<p>на фоне патологии щитовидной железы и приводит к развитию экзофтальма, или пучеглазия, и комплекса глазных симптомов. Первым это заболевание описал Р.Дж. Грейвс в 1835 году. Именно поэтому некоторые авторы называют патологию офтальмопатией Грейвса. До недавнего времени считалось, что эндокринная офтальмопатия является симптомом аутоиммунного заболевания щитовидной железы - диффузного токсического зоба. В настоящее время эндокринную офтальмопатию считают самостоятельным заболеванием.</p>
17:30-17:40	<p>Лифтинг средней зоны лица, как неотъемлемая часть современного лифтинга (собственный опыт). Шихирман Э.В. Резюме: Одной из востребованных процедур по избавлению от морщин, является пластика или подтяжка средней трети лица. Это как раз та самая зона, на которой сосредотачиваются всеми ненавистные мимические морщины. Эта операция относится к пластическим. После ее проведения возвращается четкость овала лица, устраняются следы старения и лицо выглядит моложе.</p>
17:40-17:50	<p>Трехмерный анализ результатов эндоскопического лифтинга бровей. Старцева О.И., Решетов И.В., Гурьянов Р.А., Махмуд К.В., Заболотная Е.Н. Резюме: К настоящему времени описано множество техник, позволяющих добиться улучшения формы и позиции бровей для омоложения верхней трети лица. Для анализа изменений в послеоперационном периоде на данный момент широко применяется медицинская фотография, которая, однако, не лишена недостатков: высокие требования к стандартизации съемки, невозможность получения воспроизводимых ракурсов, оптические и перспективные искажения, возможность оценки и проведение измерений только в плоскости полученного изображения. Использование фотограмметрии и трехмерных методов визуализации для оценки возрастных и патологических особенностей поверхности лица вызывает значительный интерес: описаны геометрические и временные закономерности старения, перемещения антропометрических точек при изменении положения тела. Использование фотограмметрии и трехмерных методов визуализации для оценки возрастных и патологических особенностей поверхности лица вызывает значительный интерес.</p>
17:50-18:00	<p>Применение клеток жировой ткани и типа жира в зависимости от зон лица. Орлова Ю.М., Поспелов А.В. Резюме:</p>

### Зал 3

Время	Название секции	Модераторы
<b>16:30-18:00</b>	<b>Секция 8. Стоматология 1.</b>	<b>Академик РАН Кулаков А.А., проф. Макеева И.М., проф. Мамедов А.А.</b>
16:30-16:40	Междисциплинарный подход в лечении детей с расщелиной губы и неба.	



	<p>Мамедов А.А.</p> <p>Резюме: Проблема лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) остается по-прежнему актуальной в России в связи с недостаточной квалифицированной, специализированной помощи детям с такой патологией.</p> <p>В настоящее время в некоторых регионах России имеет место недостаточно эффективная организация оказания помощи, отсутствуют детские челюстно-лицевые хирурги в регионах, операции выполняют общие детские хирургии без привлечения таких специалистов, как ортодонты, логопеды, психологи и др., участие которых необходимо на этапах комплексного лечения детей с ВРГН.</p>
16:45-16:55	<p>Об альтернативной процедуре урегулирования споров при возмездном характере оказания медицинской помощи с участием нотариуса.</p> <p>Садовский В.В.</p> <p>Резюме: Процедура медиации необходима для того, чтобы стороны с участием независимого лица (медиатора) могли достичь взаимоприемлемого соглашения. Медиацию можно применять после того, как возникли споры, рассматриваемые в рамках гражданского и арбитражного судопроизводства. Процедуру разрешено использовать как до обращения в суд, так и после начала разбирательства. Она проводится на основании соглашения.</p>
17:00-17:10	<p>Одноэтапная имплантация и интраоперационное непосредственное протезирование у пациентов пожилого и старческого возраста.</p> <p>Морозов П.В., Путь В.А., Солодкий В.Г., Калашникова О.Ю., Теплов Е.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Пожилые люди довольны ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах, которые обеспечивают комфорт, стабильность и эстетику по сравнению с традиционными протезами. Ключевой фактор - это мотивация пациента на проводимое лечение, и согласие родственников или опекунов пожилого человека. При проведении опросов, спустя год после имплантации, повышение качества жизни отмечали все пациенты.</p> <p>Важным условием для проведения операций является наличие в клинике анестезиологической службы. Обследование и лечение пожилых пациентов, которым проводятся операции имплантации желательно проводить в условиях специализированного стационара, где есть опыт работы с возрастными пациентами стоматологического профиля, государственного учреждения или частной клиники.</p> <p>Разработаны клинические методики и протоколы данных немедленной имплантации у пожилых пациентов.</p>
17:15-17:25	<p>Факторы риска развития онкологической патологии слизистой оболочки полости рта и губ. Результаты анкетного скрининга на амбулаторном стоматологическом приеме.</p> <p>Олесова В.Н., Кряжинова И.А.</p> <p>Резюме: Анализ структуры, факторов риска, особенностей клинического проявления, анализ качества первичной диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Выявлены основные местные</p>

	(хроническая механическая травма, курение, раздражающее, аллергизирующее и ульцерогенное действие лекарственных препаратов и средств гигиены полости рта) и системные (хроническая патология сесречно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной систем) факторы риска в развитии хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта. Отмечен высокий процент диагностических ошибок и недостаточный уровень онкологической настороженности у врачей-стоматологов
17:30-17:40	Транскуловая и ангулярная имплантация. Перспективы применения в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и онкологии головы и шеи. Путь В.А., Мохов А.В. Резюме: Практика применения протоколов транскуловой, ангулярной и поликортикальной имплантации у пациентов с экстремальной атрофией верхней челюсти. Практика применения ангулярных, транскуловых и поликортикальных имплантатов свидетельствует о том, что основная причина потери имплантатов — это нарушение и пренебрежение точным выполнением предоперационного протокола планирования и установки имплантатов, а также протоколов ортопедической подготовки пациентов и методик немедленного и немедленно-отсроченного — до 72 часов с окончания хирургического этапа — протезирования.
17:45-17:55	Применение нестабилизированной гиалуроновой кислоты в лечении атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Клинические примеры. Сипкин А.М., Ченосова А.Д., Окшин Д.Ю. Резюме: Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и части является естественным процессом, который возникает вследствие потери зубов. Чаще всего в течение нескольких недель после удаления зубов наблюдается потеря костной ткани. Сгусток крови, который образуется в лунке после удаления зуба, зачастую заполняет ее полностью. Возможна его потеря в результате выталкивания языком, а также инфицирование с последующим развитием нагноения.

## Зал 4

Время	Название секции	Модераторы
<b>16:30-18:00</b>	<b>Секция 9. Детская челюстно-лицевая хирургия 1. Круглый стол. «Костно-фиброзные поражения черепно-челюстно-лицевой области у детей».</b>	<b>Проф. Лопатин А.В., проф. Юнусов А.С., д.м.н. Грачев Н.С., к.м.н. Кугушев А. Ю.</b>
16:30-17:00	Классификация, диагностика и подходы к лечению костно-фиброзных поражений черепно-челюстно-лицевой области у детей. Лопатин А.В. Резюме: Фиброзная дисплазия доброкачественное фиброзно-костное	

	<p>перерождение костей, приводящее к увеличению их в объеме и снижению плотности. По клиническому течению фиброзная дисплазия характеризуется преимущественно медленно прогрессирующим ростом с тенденцией к стабилизации при достижении половой зрелости. В связи с этим лечение фиброзной дисплазии челюстно-лицевой области всегда индивидуально и зависит от клинического поведения очага, размеров образования, возраста и пожеланий пациента. Основным типом лечения хирургический, однако он применим только при ограниченном и нераспространенном поражении костей.</p>
17:00-17:20	<p>Херувизм. Особенности терапии. Кугушев А.Ю.</p> <p>Резюме: Херувизм - это редкое генетическое заболевание, которое вызывает выраженные костные изменения в нижней части лица. В настоящее время единственным способом лечения является удаление ткани и кости хирургическим путем. Это условие также является одним из немногих, которое неожиданно останавливается и регрессирует. Ремоделирование кости может возобновиться после полового созревания. Поскольку проявления херувизма изменяются и улучшаются с течением времени, лечение следует определять индивидуально. Обычно умеренные случаи наблюдаются до тех пор, пока они не исчезнут или не достигнут более серьезного диапазона. Тяжелые случаи могут потребовать хирургического вмешательства для устранения объемных кист и фиброзного роста верхней челюсти и нижней челюсти. Хирургическая подсадка кости из черепных костей лица может быть успешной в некоторых случаях. Хирургия предпочтительна для пациентов в возрасте от 5 до 15 лет.</p>
17:20-17:40	<p>Использование эндоскопических и микрохирургических технологий в лечении костно-фиброзных поражений синоназальной области. Костоусова А.И., Грачев Н.С.</p> <p>Резюме:</p> <p>Выбор хирургического доступа обычно обусловлен рядом факторов, таких как: размер и локализация образования, вовлеченность сосудисто-нервных пучков и органов и зачастую требует выполнения наружного или комбинированного хирургического доступа.</p> <p>В ряде случаев удаление опухоли приводит к формированию дефекта лицевого скелета, требующего выполнения реконструктивно-пластического этапа операции. В связи с чем, такие операции целесообразно проводить в многопрофильных центрах, отделениях хирургии головы и шеи.</p>
17:40-18:00	<p>Хронический остеомиелит костей челюстно-лицевой зоны. Кугушев А.Ю.</p> <p>Резюме:</p> <p>Хронический остеомиелит костей челюстно-лицевой зоны – редкая и плохо изученная форма гиперпластических процессов в нижней челюсти в ответ на инфекционный агент.</p> <p>При лучевой диагностике обнаружены характерные признаки позволяющие провести дифференциальную диагностику между различными формами хронического остеомиелита и фиброзно-костными поражениями. Выявлена предрасположенность к продуктивному периоститу у мальчиков им</p>

	<p>диффузно-склерозирующему у девочек. Во всех случаях достигнута стойкая ремиссия с увеличением минеральной плотности зон поражения или восстановление структуры костной ткани в течение первых 6 месяцев наблюдения.</p> <p>Образование новой кости может происходить при многих патологических состояниях, что требует проведения дифференциальной диагностики и обязательным проведением иммуногистохимического исследования. Комбинация хирургического подхода с терапией влияющая на RANKL-системы является ключевой в достижении стойкой ремиссии.</p>
--	---

### Зал 3

18:00-18:30	<b>Секция 10.</b> <b>Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении детей и подростков с новообразованиями челюстно-лицевой области.</b>	<b>Д.м.н. Марков Н.М.</b>
18:00-18:30	<p>Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении детей и подростков с новообразованиями челюстно-лицевой области.</p> <p>Марков Н.М.</p> <p>Резюме: Новообразования челюстно-лицевой области являются сложной проблемой ортопедической стоматологии. Разнообразие локализации, быстрый рост, высокая заболеваемость и риск прогрессирования и рецидивирования являются причиной несвоевременной диагностики и объемных деструктивных вмешательств. В связи с этим все чаще возникает необходимость неинвазивной диагностики на стоматологическом приеме для дополнительной ранней диагностики, мониторинга и определения эффекта лечения данной категории пациентов.</p>	

### Зал 1

Время	Название секции	Модераторы
<b>18:30-20:05</b>	<b>Секция 11.</b> <b>Онкология 1.</b> <b>Онкохирургия.</b>	<b>Академик РАН</b> <b>Чойнзонов Е.Ц.,</b> <b>Академик РАН Решетов И.В.,</b> <b>проф. Мудунов А.М.,</b> <b>проф. Поляков А.П.</b>
18:30-18:45	<p>Реконструктивный этап в комбинированном лечении больных опухолями головы и шеи.</p> <p>Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е.</p> <p>Резюме:</p> <p>На современном этапе развития онкологии эффективность проведенного</p>	

	<p>лечения оценивается не только по безрецидивной и общей выживаемости, но и по качеству жизни пролеченного пациента. Реконструктивно-пластические операции призваны решить эту проблему. Однако возникающие послеоперационные осложнения требуют дальнейшего изучения и разработки мероприятий, направленных на их предотвращение. Знание факторов, оказывающих значимое влияние на вероятность осложнений при выполнении реконструктивно-пластических операций больным с опухолями головы и шеи, дает возможность хирургу прогнозировать возникновение осложнения и проводить мероприятия, предотвращающие их развитие.</p>
18:45-19:00	<p>Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода - краевая проблема. Дустов Ш.Х.</p> <p>Резюме: Рак гортаноглотки составляет около 6% всех опухолей головы и шеи, в мире заболеваемость колеблется от 0,8 до 5 случаев на 100000 человек. Чаще встречается в развитых странах. В 95% случаев рак гортаноглотки представлен плоскоклеточным раком. Диагностируют его обычно поздно, опухоль ограничена гортаноглоткой лишь в 15% случаев. К моменту постановки диагноза регионарные метастазы имеются у 65% пациентов.</p>
19:00-19:15	<p>Опыт хирургии внеорганных опухолей шеи у детей. Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Полев Г.А., Бабаскина Н.В., Калинина М.П.</p> <p>Резюме:</p> <p>Целью исследования являются: ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с внеорганными опухолями шеи и лимфаденопатиями различной этиологии, распределение этой разнородной группы пациентов по нозологическим формам, анализ осложнений, оценка частоты рецидивов и продолженного роста опухолей.</p> <p>По результатам исследования было выявлено, что низкий уровень онкологической настороженности среди специалистов первичного звена в педиатрической практике нередко приводит к запоздалой постановке диагноза при внеорганных опухолях шеи у детей. Подавляющее большинство пациентов с ВОШ, перед поступлением в НМИЦ ДГОИ получали по месту жительства консервативную, в т.ч. физиотерапию по поводу «лимфаденита», даже несмотря на отсутствие положительной динамики от проводимого лечения. Отсроченное проведение биопсии не верифицированных образований шеи нередко приводит к техническим трудностям при хирургическом лечении, а также к ухудшению прогноза для пациента.</p>
19:15-19:30	<p>Трахеостомия, детализированный подход в хирургической практике. Письменный В.И., Письменный И.В., Кривошеков Е.П., Письменный Ил.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Хирургическое лечение злокачественных опухолей полости рта в онкологии органов головы и шеи является ведущим и от исхода оперативного лечения подчас зависит весь исход планируемого лечения. Выполнение операций на органах полости рта и глотки сопровождается нарушением проходимости</p>

	<p>верхних дыхательных путей, для этого используется наложение трахеостомы. Современные технологии оперативного лечения рака оротофарингеальной областей позволяют значительно сузить применения трахеостомии, уменьшить операционную, психоэмоциональную травмы.</p>
19:30-19:45	<p>Эндоларингеальные СО<sub>2</sub>-лазерные резекции с ИОФДД в лечении раннего рака гортани. Поляков А.П. Резюме: Основной целью хирургии рака гортани, как и при других злокачественных новообразованиях головы и шеи, является удаление опухоли с морфологически отрицательными краями резекции. И хотя в некоторых случаях пациентам показано последующее проведение химиолучевой терапии, опухоль должна быть резецирована с отрицательными краями вне зависимости от используемой техники удаления.</p>
19:45-19:55	<p>Первично-множественные опухоли слизистой оболочки полости рта и ротоглотки: лечение и прогноз. Кропотов М.А., Яковлева Л.П., Ходос А.В., Агабекян Г.А. Резюме: Наиболее часто поражается язык и слизистая дна полости рта. Несколько реже – десны, щеки, твердое небо, ретромолярная область (за зубами). Чаще всего рак развивается из плоского эпителия слизистой оболочки полости рта, языка – т.н. плоскоклеточный рак. Не все опухоли полости рта – злокачественные. Так же встречаются доброкачественные опухоли, предраковые процессы, которые без лечения в дальнейшем перерождаются в рак</p>
19:55-20:05	<p>Роль и алгоритмы действий хирурга в иницирующем лечении больных с первичными осложненными местно-распространенными злокачественными опухолями гортаноглотки. Дикарев А.С. Резюме:</p>

## Зал 2

Время	Название секции	Модераторы
<b>18:30-20:00</b>	<b>Секция 12. Пластическая и эстетическая хирургия 2.</b>	<b>Проф. Мантурова Н.Е., проф. Неробеев А.И., проф. Адамян Р.Т., проф. Старцева О.И., к.м.н. Андреева В.В.</b>
18:30-18:40	<p>Современные тенденции в комплексной феминизации лица и шеи. Истранов А.Л., Исакова Ю.И., Мхитарян О.А., Ибрегимова М.Р. Резюме: Лицо человека имеет ряд физиологических особенностей, на основании которых окружающие мгновенно определяют кто находится перед ними – мужчина или женщина, поэтому операция по феминизации лица является одним из основных аспектов трансгендерного перехода от мужчины к женщине.</p>	

18:45-18:55	<p>Особенности азиатской ринопластики. Малахов А.А.</p> <p>Резюме: Задача эстетической ринопластики азиатского носа сходна с таковой европейского: создание твердой, гладкой, естественной спинки, имеющей четкое начало у назиона, но не конкурирующей с кончиком, являющимся основной точкой профиля носа. Тонкая, хорошо очерченная долька носа с четкой видимой частью колумеллы и косой переднезадней ориентацией ноздрей является не менее важной, но реже подчеркиваемой задачей пластики.</p> <p>Характерная анатомия азиатского носа требует от хирурга планирования не уменьшающей, а увеличивающей ринопластики, которая становится все более востребованной среди выходцев из Азии. Хотя следует признать, что популярность этой операции отражает желание иметь европейскую внешность, нужно отметить, что во многих азиатских культурах высокая, тонкая спинка носа является эстетически желательной чертой. Этот факт должен учитывать хирург при дооперационной консультации и планировании.</p>
19:00-19:10	<p>Оценка эффективности проведения ультразвуковой остеотомии в ринопластике. Глушко А.В., Дробышев А.Ю.</p> <p>Резюме: Достижение хорошего результата зависит от таких факторов, как опыт, техника, инструментарий и методы хирургии. Остеотомия костей носа является важным этапом ринопластики и требует тщательного планирования и точного выполнения. Она же является и наиболее травматичным этапом ринопластики. Возможность получения точной остеотомии без серьезных повреждений мягких тканей является ключевым моментом в современном подходе к сохраняющей ринопластике. Одним из очевидных и перспективных направлений является остеотомия с применением ультразвукового аппарата (пьезотома). Мы использовали технику ультразвуковой остеотомии костей носа на протяжении последних 2 лет, было проведено 658 операций (первичная ринопластика и реконструктивная повторная ринопластика). В этом докладе ретроспективно анализируются результаты используемой пьезохирургической</p>
19:15-19:25	<p>Реконструкция полнослойных субтотальных дефектов наружного носа. Дикарев А.С., Мантаридис Д.В., Циненко Д.И.</p> <p>Резюме: Изобретение относится к области медицины, а именно к онкологии, пластической и реконструктивной медицине, и может найти применение при восстановлении наружного носа в случае субтотальных дефектов. Сущность способа состоит в резекции и реконструкции, использовании лобного лоскута, формировании туннеля и последующем выведении лоскута через него. При этом лоскут дезэпидермизируют соразмерно пострезекционному дефекту. Затем разворачивают его на 180 градусов вдоль спинки носа. После выведения через сформированный туннель осуществляют формирование эпителиальной внутренней выстилки неонеса покровными тканями лоскута. После чего производят свободную аутодермопластику для</p>

	замещения наружной эпителиальной выстилки. Использование данного изобретения позволяет сократить общий срок лечения, снизить время хирургического лечения, улучшить эстетический результат, восстановить дефицит внутренней выстилки носа, а также защитную функцию носа
19:30-19:40	Возможности инъекционной аутотрансплантации жировой ткани в лечении пациентов с послеоперационными, посттравматическими и постлучевыми повреждениями зоны лица. Васильев В.С. Резюме:
19:45-19:55	Реконструкция перегородки носа аллогенным реберным трансплантатом при ятрогенных повреждениях. Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Володин А.В. Резюме: Изложены существующие способы решения данной проблемы и методика реконструкции перегородки носа аллогенным реберным трансплантатом при ятрогенных повреждениях. Приведены клинические примеры использования трансплантата при вторичной риносептопластике для реконструкции перегородки носа.

### Зал 3

Время	Название секции	Модераторы
<b>18:30-20:00</b>	<b>Секция 13. Стоматология 2.</b>	<b>Проф. Путь В.А., проф. Олесова В.Н., проф. Макеева И.М.</b>
18:30-18:40	Аутологичная трансплантация зубов у пациентов с врожденными пороками челюстно-лицевой области. Тонких-Подольская О.А., Карачунский С.М., Сипкин А.М. Резюме: Врожденные пороки формирования человека, то есть стойкие и возникающие внутриутробно морфологические изменения органа или нескольких органов, приводящие к нарушению их строения и к функциональным расстройствам, являются одной из актуальнейших медицинских и социальных проблем.	
18:45-18:55	Цифровое планирование аугментации при атрофии альвеолярного гребня. Долгалев А.А. Резюме: Адекватный объем костной ткани в области предполагаемой имплантации является обязательным условием для идеальной установки имплантатов и успеха имплантологического лечения. Минимальная приемлемая ширина альвеолярного гребня составляет 5 мм; меньшая ширина остаточной кости диктует необходимость в аугментации перед установкой имплантатов, тогда как при ширине в 5 и более миллиметров возможна установка имплантатов стандартного диаметра без предварительной горизонтальной аугментации.	
19:00-19:10	Тактика стоматологической реабилитации пациентов после резидуальных вмешательств на нижней челюсти. Юдин Д.К., Гетте С.А., Чукумов Р.М. Резюме: Реабилитация после челюстно-лицевых операций занимает значимую роль в стоматологической практике и несет в себе много	



	<p>сложностей не только со стороны восстановления функции и эстетики, но и требует психологической помощи пациентам. Чтобы был обеспечен комплексный подход к восстановлению качества жизни таких пациентов, необходимо совместное участие специалистов разного профиля. Реабилитационные мероприятия планируются еще до проведения операции и включают в себя миогимнастику, физиопроцедуры, медикаментозную подготовку и изготовление временных протезов, в случае необходимости, которые будут фиксироваться непосредственно после операции. При планировании вмешательства на челюстно-лицевой области необходимо учитывать обильную иннервацию и кровоснабжение этой зоны. При обширных операциях после травм, врожденных дефектов или злокачественных новообразований могут пострадать функции жевания, глотания и дыхания. Поэтому данная тема остается актуальной в настоящее время для специалистов многих областей медицины.</p>
19:15-19:25	<p>Миниинвазивная техника ангулярной и трансскуловой имплантации при реабилитации пациентов с выраженной атрофией верхней челюсти. Гладышев М.В., Гладышева А.М., Путь В.А. Резюме: Актуально на верхней челюсти применение трансскуловых, птеригоидальных и традиционных имплантатов в различных техниках и комбинациях. Реализуются возможности реабилитации пациентов при выраженных и экстремальных степенях атрофии, посттравматических изменениях верхней челюсти. Трансскуловые имплантаты в комбинации с традиционными и ангулярными протоколами имплантации обеспечивают долговременную стабильность протезов. Обеспечивается немедленная функциональная нагрузка протезными конструкциями. Сокращается время лечения, стоимость и необходимость проведения аугментационных процедур. В виду малой травматизации и сокращения времени операции отпадает необходимость в глубокой седации. Внедрение данной методики значительно расширяет возможности стоматологической реабилитации на амбулаторном приеме.</p>
19:30-19:40	<p>Трансмиссионная пульсоксиметрия, как метод контроля безопасности пациентов при амбулаторных хирургических вмешательствах в челюстно-лицевой области. Бессонов С.Н., Путь С.А., Тарасов Д.А. Резюме: Пульсоксиметрия (оксигемометрия, гемоксиметрия) – неинвазивный метод определения степени насыщения крови кислородом. В основе метода лежит спектрофотометрический способ оценки количества гемоглобина в крови. Нормой является показатель сатурации 95-98%</p>
19:45-19:55	<p>Роль хирурга-стоматолога в профилактике бисфосфонатных остеонекрозов лицевого черепа у онкологических пациентов. Захарова И.В., Медведев Ю.А. Резюме: Лечение пациентов с патологией костной ткани занимает особое место в практике врачей-стоматологов. С середины 50-х годов XX столетия в терапии больных с различными нарушениями костной системы стали применять бисфосфонаты. Бисфосфонаты (БФ) - устойчивые синтетические</p>

<p>аналоги пирофосфата, эффективные при лечении состояний, сопровождающихся повышенной резорбцией костной ткани остеокластами (болезнь Педжета, остеопороз), а также лечения паранеопластических осложнений (гиперкальциемия, остеолитизис, патологические переломы). Пациентам с остеопорозом бисфосфонаты назначаются в пероральной форме, тогда как в комплексной терапии больных множественной миеломой, раком предстательной железы, раком молочной железы, раком почки и т.д. применяются бисфосфонаты, вводимые внутривенно .</p>
--

## Зал 4

Время	Название секции	Модераторы
<b>18:30-20:00</b>	<b>Секция 14.</b> <b>Детская челюстно-лицевая хирургия 2.</b> <b>Круглый стол</b> <b>«Новообразования околоушно-жевательной области у детей».</b>	<b>Проф. Лопатин А.В.,</b> <b>д.м.н. Грачев Н.С.,</b> <b>Калинина М.П.</b>
18:30-18:50	<p>Классификация, диагностика и подходы к лечению новообразований околоушно-жевательной области у детей.  Грачев Н.С.</p> <p>Резюме: По данным Stenner M. et all, 2009 опухолевые поражения околоушной слюнной железы занимают около 6%. У взрослых в 80% случаев встречаются доброкачественные образования и наиболее часто представлены плеоморфной аденомой. В детском возрасте частота доброкачественных поражений составляет 65%, а злокачественных достигает 35%. В педиатрической практике наиболее часто встречается мукоэпидермо-идная карцинома среди злокачественных образований</p>	
18:50-19:10	<p>Хирургическое лечение новообразований околоушно-жевательной области.  Опыт РДКБ.  Лопатин А.В.</p> <p>Резюме: Базально-клеточный рак среди злокачественных образований кожи занимает первое место и составляет 75-95%. Независимо от методов лечения рецидивы составляют до 39%. Рецидивные формы могут поражать мягкие ткани, магистральные сосуды, нервы и кости основания черепа. В работе рассматриваются возможности хирургического лечения распространенных рецидивирующих форм. Приведена техника модифицированной блок-резекции опухолей околоушно-жевательной области с поражением пирамиды височной кости. Приведены ближайшие и отдаленные результаты лечения больных.</p>	
19:10-19:30	<p>Реконструкция лицевого нерва при операциях на околоушной слюнной железе у детей.  Калинина М.П.</p> <p>Резюме: Восстановление целостности лицевого нерва один из важнейших и</p>	

	<p>сложнейших этапов хирургического лечения опухолей околоушной слюнных желез (СЖ). Излишне объяснять, как важно для пациента сохранение функции мимических мышц. Однако при радикальной операции по поводу злокачественной опухоли иссекается либо весь лицевой нерв, либо его отдельные ветви. Для восстановления функции лицевых мышц или с целью положительного косметического эффекта во время операции вставляется кусок нерва между стволом и периферической ветвью и/или делается анастомоз между стволом и периферическими ветвями со стволом другого краниального нерва. Другим способом операции является перемещение мышц, фасций, операционная коррекция лица.</p>
19:30-19:50	<p>Варианты анатомии лицевого нерва и околоушной слюнной железы у детей. Аскеров Э.А., Топольницкий О.З.</p> <p>Резюме: Чаще всего опухоли располагаются в поверхностной доле околоушной слюнной железы, далее следует поднижнечелюстная слюнная железа и, затем, подъязычная и малые слюнные железы. Поскольку оптимальным методом лечения доброкачественных новообразований слюнных желез по-прежнему является хирургическое удаление, понимание анатомии слюнных желез необходимо для того, чтобы избежать осложнений. Слюнные железы начинают формироваться на 6-9 неделе внутриутробной жизни. Крупные слюнные железы происходят из эктодермы, малые слюнные железы могут происходить как из эктодермы, так и из эндодермы. Поскольку капсула вокруг поднижнечелюстной слюнной железы образуется раньше, чем вокруг околоушной, в толщу последней иногда мигрируют лимфатические узлы.</p>
19:50-20:00	Обсуждение.

29 мая 2020 г., пятница

9:00-10:00	<b>Регистрация на сайте <a href="http://headneckcongress.ru">headneckcongress.ru</a> INTRO конгресса – 1. Видеоролик 2019 года. 2. "В ординаторской с Экспертом". 3. + обзор сайта и выставки.</b>
------------	--

## Малый зал

Время	Название секции	Модераторы
9:00-10:30	<b>Секция 15. Сателлитный симпозиум «Эпилепсия: от современных исследований к клинической практике». Сессия 1 «Эпилепсия».</b>	<b>Академик РАН Решетов И.В., проф. Гехт А.Б.</b>
9:00-9:10	<p>Эпилепсия и депрессия: двусторонняя связь и возможности диагностики и лечения. Акжигитов Р.Г., Зинчук М.С., Гудкова А.А., Гехт А.Б. Резюме: В настоящее время целью врача, осуществляющего лечение больного с эпилепсией, является не только предупреждение приступов, но и помощь пациенту в оптимизации его качества жизни. Между тем на качество жизни пациента с эпилепсией влияет не только наличие или отсутствие медикаментозной ремиссии, но и его психосоциальная адаптация к своему заболеванию и связанным с ним ограничениям в повседневной жизни, а также наличие или отсутствие у него аффективных расстройств.</p> <p>Связь между депрессией и эпилепсией была известна врачам еще в период античности. В трудах Гиппократ за 400 лет до нашей эры утверждалось, что «меланхолики обычно становятся эпилептиками, а эпилептики меланхоликами; все зависит от того, какое направление примет болезнь: воздействие на тело ведет к эпилепсии, воздействие на разум вызывает меланхолию».</p>	
9:15-9:25	<p>Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза: мультидисциплинарный подход. Кустов Г.В., Пашнин Е.В., Ридер Ф.К., Зинчук М.С. Резюме: Пароксизмальные состояния могут наблюдаться и при эпилепсии и при других заболеваниях. Наиболее частыми пароксизмальными состояниями, ошибочно принимаемыми за эпилепсию, являются синкопы, конверсионные или псевдоэпилептические приступы, парасомнии, пароксизмальный хореоатетоз, доброкачественные миоклонии. Неправильный диагноз эпилепсии, особенно в детстве, будет влиять на развитие ребенка, его качество жизни. Подробный анамнез – краеугольный камень в постановке диагноза. Окончательный диагноз будет зависеть от</p>	

	<p>опыта и умения врача анализировать имеющуюся информацию. Золотым стандартом диагностики трудных и фармакорезистентных пациентов является видео-ЭЭГ-мониторинг.</p>
9:30-9:40	<p>Эпилепсия и суицидальность: есть ли взаимосвязь?  Зинчук М.С., Пашнин Е.В., Кустов Г.В.  Резюме: Авторы представляют фундаментальный обзор, посвященный факторам, повышающим риск суицидального поведения (суицидальные мысли и действия) при эпилепсии. Известно, что риск суицида в 5 раз выше у пациентов с эпилепсией, и в 25 раз выше при височной эпилепсии и сложных парциальных приступах, чем среди населения в целом. Основными факторами, повышающими риск суицидального поведения при эпилепсии, считают сопутствующие аффективные нарушения (депрессия), а также психоз.</p>
9:45-9:55	<p>Интериктальная вегетативная дисфункция у пациентов с фокальной эпилепсией.  Журавлев Д.В., Лебедева М.А., Лебедева А.В., Гудкова А.А.  Резюме: Было показано, что эпилептические приступы могут иметь значительное влияние на функцию сердца. В некоторых исследованиях сообщается, что более чем в 50% случаев зарегистрированных эпилептических приступов выявляются различные типы сердечных аритмий (фибрилляция предсердий, синусовые аритмии, суправентрикулярная тахикардия), нарушения проводимости (атриовентрикулярные и синоатриальные блокады), изменения реполяризации и преждевременная деполяризация предсердий и желудочков, депрессия сегмента ST и инверсия зубца T. При этом патофизиологические механизмы возникновения сердечных аритмий при эпилепсии окончательно не установлены. Основную роль в возникновении аритмического синдрома при эпилепсии отводят дисфункции надсегментарных вегетативных образований и сочетанным мембранным сдвигам в структурах сердца и мозга ]. В основе вегетативной регуляции кардиальной функции лежат симпатопарасимпатические взаимодействия, осуществляемые не только на уровне сердца,</p>
10:00-10:10	<p>Бремя эпилепсии: не только приступы...  Ридер Ф.К., Соломатин Ю.В., Хаузер А., Гехт А.Б.  Резюме: Эпилептические приступы являются наиболее частым неврологическим расстройством. Приступы наблюдаются хотя бы раз в жизни у 2-5% населения и обуславливают 1-2% экстренных госпитализаций</p>
10:15-10:25	<p>Обсуждение.</p>

## Зал 1

10:00-11:30	<b>Секция 16. Спорные вопросы в патологии щитовидной железы.</b>	<b>Академик РАН Дедов И.И., проф. Романчишен А.Ф., проф. Фадеев В.В., проф. Петунина Н.А., проф. Ванушко В.Э., д.м.н. Бритвин Т.А., к.м.н. Макарьин В.А.</b>
10:00-10:10	<p>Retrosternal goitre. Anikin V.</p> <p>Резюме: The role of thyroidectomy in patients with retrosternal goitre provides yet another area of surgical controversy. Traditional surgical dogma has considered the presence of retrosternal extension to be an independent absolute indication for thyroidectomy. Evidence-based medicine has replaced surgical dogma. Furthermore, increased use of radiological investigations, particularly cross-sectional imaging, has identified many patients with retrosternal goitre who are often asymptomatic. The optimum management of these patients is far less certain. These developments have prompted some thyroid surgeons to challenge the traditional surgical doctrine. It remains generally accepted that thyroidectomy is indicated for retrosternal goitre for patients with clinical symptoms (stridor or dysphagia) and/or radiological evidence of significant tracheal narrowing, oesophageal compression or SVC syndrome. The role of thyroidectomy for retrosternal goitre per se, in the absence of compressive symptoms and/or in the presence of tracheal deviation alone (without narrowing), remains the focus of controversy. The following two papers provide arguments for and against a didactic policy of thyroidectomy in asymptomatic patients with retrosternal goitre.</p>	
10:10-10:20	<p>Актуальные вопросы хирургии рака щитовидной железы. Решетов И.В., Ипполитов Л.И., Сукорцева Н.С., Полунин Г.Н., Ананийчук А.В., Нассилевский П.А.</p> <p>Резюме: В мире ежегодно регистрируются 122 тысячи новых случаев рака щитовидной железы, что составляет 1% от всех регистрируемых случаев злокачественных новообразований. В различных регионах мира стандартизованный показатель заболеваемости на 100 000 населения колеблется от 0,8 до 5,0 у мужчин и от 1,9 до 19,4 у женщин. Отмечается тенденция к росту рака щитовидной железы и в нашей стране. Несмотря на то, что опухоли щитовидной железы составляют 1-3% от общего количества всех новообразований у человека, в группе эндокринных новообразований этот показатель составляет 90% и на него приходится 60% смертности в этой группе опухолей.</p>	
10:20-10:40	<p>Хирургическая анатомия добавочных нервов применительно к технике операций по поводу рака щитовидной железы с метастазами. Романчишен А.Ф.</p> <p>Резюме: Интраоперационный нейромониторинг добавочных нервов является безопасным и эффективным способом снижения частоты повреждения добавочных нерв, что доказано уменьшением нарушений функции верхних</p>	

	<p>конечностей с 13,3% до 1,6% в период с 2000 до 2020.</p>
10:40-10:50	<p>Реконструктивно-пластическая хирургия в лечении опухолей щитовидной железы. Поляков А.П., Решетов И.В., Кравцов С.А., Маторин О.В., Ратушный М.В., Пикин О.В. Резюме: Опухоли щитовидной железы – это доброкачественные и злокачественные узловые образования, развивающиеся из собственных клеток органа. Основными симптомами являются затрудненность дыхания, нарушение глотательных движений, кашель, боли в горле, осиплость голоса, припухлость и отечность передней стенки шеи, сонливость, быстрая утомляемость, усиление потоотделения, изменения сердечного ритма. Для установления диагноза проводится осмотр с пальпацией, назначаются анализы крови на тиреоидные гормоны и кальцитонин, УЗИ и сцинтиграфия железы, гистологическое и цитологическое исследование биоптата. Лечение включает лучевую терапию, радиойодтерапию, полную или частичную тиреоидэктомию.</p>
10:50-11:00	<p>Центральная шейная лимфодиссекция при раке щитовидной железы. Кропотов М.А., Яковлева Л.П., Тигров М.С. Резюме: Клиническое течение папиллярного рака щитовидной железы характеризуется частым метастазированием в регионарные лимфатические узлы, к которым относятся лимфоузлы центральной клетчатки шеи и глубокие яремные лимфоузлы. Выявление метастатического поражения паратрахеальных лимфоузлов при высокодифференцированном раке щитовидной железы с первичной опухолью, соответствующей Т1-2, сопровождается высокой частотой ложноотрицательных результатов. Выполнение повторных оперативных вмешательств на этой зоне является технически сложным и сопровождается определенным числом осложнений. Таким образом, профилактическое удаление клетчатки центральной зоны предотвращает локальный рецидив и дальнейшее метастатическое распространение в регионарные лимфатические узлы, а также помогает правильно стадировать процесс и, следовательно, сформировать тактику дальнейшего лечения пациента.</p>
11:00-11:10	<p>Гиперпаратиреоз у детей. G. Gasparri (Турин, Италия). Резюме: Гиперпаратиреоз — это заболевание паращитовидных желез, сопровождающееся повышением продукции паратгормона (принимает участие в поддержании нормального уровня кальция и фосфора в крови) и увеличением уровня кальция в крови.</p>
11:10-11:20	<p>Факторы риска появления метастазов в региональных лимфатических узлах у больных раком щитовидной железы. Вабалайте К.В. Резюме: Биология рака щитовидной железы (РЩЖ) уникальна, в связи с чем прогноз для жизни пациента зависит от множества факторов. В настоящее время разработаны различные классификации РЩЖ. Основная цель этих классификаций – планирование и стандартизация способов лечения больных с целью улучшения прогнозов относительно течения заболевания.</p>

	<p>Факторы, которые значительно повлияли на лимфогенное распространение рака щитовидной железы, это: 1) мужской пол, 2) размеры карцином, 3) мультицентричность опухолей, 4) локализация опухолей в верхних полюсах ЩЖ, 5) профессиональные вредности, 6) генетическая предрасположенность.</p> <p>В значительной степени собранные сведения о здоровье, анамнезе жизни пациента и его родственников позволяют аргументированно выбирать объем хирургических вмешательств на ЩЖ и лимфатическом аппарате шеи.</p>
11:20-11:30	<p>Синдромы множественной эндокринной неоплазии. Матвеева З.С.</p> <p>Резюме: Синдромы множественных эндокринных неоплазий (МЭН) - группа аутомно-доминантно наследуемых синдромов, характеризующихся устойчивым сочетанием развития опухолей желез внутренней секреции, имеющих одинаковое эмбриональное происхождение</p> <p>МЭН – группа наследственных синдромов, характеризующихся повышенным риском развития доброкачественных или злокачественных опухолей ряда эндокринных тканей. Эти опухоли могут быть как функционирующими, так и нефункционирующими.</p>

<b>Зал 2</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>10:00-11:30</b>	<b>Секция 17. Реконструктивная хирургия головы и шеи 1.</b>	<b>Проф. Неробеев А.И., проф. Калакуцкий Н.В., проф. Вербо Е.Н., проф. Караян А.С.</b>
10:00-10:10	Устранение образований лобной пазухи с одномоментной реконструкцией. Бахтеева М.М., Караян А.С., Шумов К.М. Резюме:	
10:10-10:20	Применение бедренного лоскута при устранении пострезекционных дефектов полости рта и покровных тканей головы и шеи. Новоселов Б.А., Ахтямов Д.В., Окшин Д.Ю., Утиашвили Н.И. Резюме: В настоящее время в связи с повышением функциональных и эстетических требований к результатам хирургического лечения, развитие челюстно-лицевой хирургии идет по пути разработки все более инновационных методов устранения как врожденных, так и приобретенных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. Проблема выбора донорского материала встает перед хирургом не только при замещении обширных комбинированных дефектов, но порой еще более трудной задачей становится устранение ограниченных дефектов костей лицевого скелета.	
10:20-10:30	Алгоритмы для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с дефектами челюстей с применением микрохирургической техники. Батырев А.В., Назарян Д.Н., Мохирев М.А., Ляшев И.Н., Захаров Г.К., Федосов А.В., Потапов М.Б. Резюме: Проведена работа по анализу методик реконструкции костных дефектов	



	<p>средней и нижней трети лица, проведено изучение представленных в литературных источниках классификаций костных дефектов, проанализированы проведенные хирургические вмешательства, и на основании полученных данных сформированы группы моделей хирургического лечения, с учетом следующих факторов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. протяженность и локализация костного дефекта,</li> <li>2. тип используемого лоскута,</li> <li>3. необходимость реконструкции мягких тканей смежных областей,</li> <li>4. необходимость реконструкции зубных рядов.</li> </ol> <p>Благодаря проведенной работе удалось упростить взаимодействие между всеми участниками предоперационной подготовки пациента перед микрохирургической реконструкцией: хирургами, стоматологами, врачами-диагностами, инженерами-моделировщиками.</p> <p>Благодаря сформированным алгоритмам каждый участник на этапе первичной консультации может более подробно объяснить пациенту предполагаемое лечение, тем самым более высокая информированность пациентов повышает уровень взаимодействия «врач-пациент».</p> <p>Сформированные алгоритмы лечения позволяют проводить более объективную оценку проводимого лечения, на основании которой вносить требуемые корректировки для оптимизации лечения пациентов.</p>
10:30-10:40	<p>Способ устранения ограниченных дефектов нижней челюсти с использованием аутотрансплантатов теменной кости.</p> <p>Бинну Ю.С., Буцан С.Б.</p> <p>Резюме:</p> <p>На сегодняшний день челюстно-лицевая хирургия обладает широким спектром возможностей для устранения различных дефектов челюстей. В зависимости от этиологии, локализации и протяженности дефекта методами устранения таких дефектов могут быть различные металлоконструкции, композитные имплантаты, ауто- и аллотрансплантаты. Совершенствование аллогенных и аллопластических материалов, подтверждаемое многочисленными публикациями и клиническими исследованиями расширяет сферу их применения, однако на сегодняшний день «золотым стандартом» устранения костных дефектов остается аутотрансплантация.</p> <p>Было проведено лечение 11 пациентов с ограниченным дефектом или деформацией тела нижней челюсти, по результатам которого подтвердилось, что использование расщепленных аутотрансплантатов теменной кости при устранении дефектов нижней челюсти является оптимальным способом хирургического лечения данной патологии.</p>
10:45-10:55	<p>Вертикальная аугментация альвеолярного отростка.</p> <p>Захаров Г.К., Назарян Д.Н.</p> <p>Резюме: Несмотря на то, что реабилитация пациентов с частичной адентией в области дистального участка нижней челюсти с помощью имплантатов стала рутинной процедурой, местные условия в области беззубого альвеолярного отростка могут неблагоприятно повлиять на постановку имплантатов, требуя проведения вертикальной и горизонтальной аугментации. В случае проведения горизонтальной аугментации с помощью костных блоков по типу «сендвич-техники» в ряде исследований было</p>

	сообщено, что применение минивинтов и минипластин увеличивает риск перелома сегментов остеотомии.
11:00-11:10	Устранение назотмоидальных переломов. Шумов К.М., Караян А.С. Резюме: Перелом назотмоидального комплекса представляет собой сложное повреждение костей лица. По данным разных авторов травмы назотмоидального комплекса составляют 3,6– 15,7% от общего числа стационарных больных.
11:15-11:25	Экзопротезирование как альтернатива реконструктивной хирургии различных дефектов лица. Веселова К.А. Резюме: Несмотря на развитие медицины, возможности реконструктивной и пластической хирургии не безграничны. Хирургическое замещение дефектов ушной раковины, тканей наружного носа и глазницы не всегда дает предсказуемые и стойкие результаты, более того, длительные травматические хирургические вмешательства могут быть противопоказаны больным из-за сопутствующих заболеваний. Экзопротезирование дает возможность решить проблему замещения дефекта челюстно-лицевой области в сложных клинических ситуациях. На примере клинических случаев с разными этиологией, локализацией и объемом дефекта рассмотрены преимущества и недостатки лицевого экзопротезирования. Лицевое экзопротезирование – это современный метод реабилитации больных с дефектами тканей челюстно-лицевой области, имеющих ряд преимуществ и недостатков. Данный метод не является заменой реконструктивных хирургических вмешательств, и должен рассматриваться как альтернатива лишь в тех случаях, когда замещение дефекта аутоотканями невозможно или не приведет к ожидаемому результату.

### Зал 3

<b>Зал 3</b>		
<b>10:00-11:30</b>	<b>Секция 18. Оториноларингология 2. Ринология - новообразования + эндоскопическая хирургия основания черепа.</b>	<b>Проф. Карпищенко С.А., д.м.н. Грачев Н.С., д.м.н. Нерсисян М.В., к.м.н. Ворожцов И.Н.</b>
10:00-10:15	Инновационный подход в хирургическом лечении юношеской ангиофибромы носоглотки. Кривопапов А.А., Шамкина П.А., Тимошенко Е.В., Гудукин Н.С. Резюме: Юношеская ангиофиброма носоглотки (ЮАН) — доброкачественная опухоль сложной структуры, состоящая из дериватов мезенхимы, для которой характерно сочетание сосудистой и фиброзной ткани. Большое количество развитых сосудов объясняет высокий риск массивного кровотечения при попытке удаления этой опухоли. Одним из способов снижения кровопотери во время операции является предоперационная	

	эмболизация верхнечелюстной артерии, обеспечивающей кровоснабжение опухоли
10:15-10:30	<p>Наш опыт хирургического лечения ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа.</p> <p>Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Полев Г.А., Фролов С.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Ювенильная ангиофиброма (ЮА) - доброкачественная сосудистая опухоль. ЮА локализуется в области основания черепа и смежных анатомических структурах и поражает только мальчиков-подростков. Обильное кровоснабжение опухоли, сложное строение окружающих анатомических структур, детский возраст пациентов обуславливают сложность хирургического лечения.</p> <p>В процессе исследования был сделан ретроспективный анализ результатов хирургического лечения ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа; оценена частота возникновения рецидивов и продолженного роста. Было выполнено 127 операций (из них 23 повторных), 7 с использованием открытых доступов и 120 - с применением трансназального эндоскопического доступа.</p> <p>Все пациенты, которые были оперированы по поводу продолженного опухолевого роста, имели IIIa-IIIb стадии в соответствии с классификацией по Fisch-Andrews. Продолженный рост опухоли является более вероятным при наличии остаточного компонента в крыловидном отростке и большом крыле клиновидной кости. Риск рецидива ювенильной ангиофибромы носоглотки увеличивается с количеством предшествующих операций.</p>
10:30-10:45	<p>Кровотечение – как осложнение эндоскопического эндоназального удаления опухолей околоносовых пазух и передних отделов основания черепа. Профилактика и лечение.</p> <p>Нерсесян М.В., <u>Капитанов Д.Н.</u>, Шарипов О.Э., Кутин М.А., Калинин П.Л., Лубнин А.Ю., Малеваная Н.А., Имаев А.А.</p> <p>Резюме: Любое эндоназальное вмешательство на околоносовых пазухах выполняется в непосредственной близости от таких жизненно важных структур, как основание головного мозга, глазницы, зрительные нервы и сонные артерии.</p> <p>Одной из зон риска при эндоназальной полисинустомии являются клино-видная пазуха и задние отделы решетчатого лабиринта. Топографическая анатомия жизненно важных структур, расположенных за передней стенкой клиновидной пазухи может сильно варьировать в каждом конкретном случае, особенно у детей и подростков . Внутренняя сонная артерия может располагаться непосредственно за передней стенкой клиновидной пазухи, а стенки ее костного канала могут иметь большие дигенции и в этом случае не защитят артерию от ранения при хирургических манипуляциях в этой зоне.</p>
10:45-11:05	<p>Профилактика стенозирования лобного кармана после эндоназальной фронтотомии.</p> <p>Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Болознева Е.В., Бирик П.Р.</p> <p>(доклад при поддержке компании Рекордати, баллы НМО не начисляются)</p>
11:00-11:20	Современная трактовка применения компьютерассоциированных

	<p>навигационных систем в трансназальной хирургии основания черепа у детей.</p> <p>Меркулов О.А.</p> <p>Резюме: Навигационные системы могут значительно облегчить так называемые хирургические подходы через «замочную скважину» к задней черепной ямке и мостомозжечковому углу. «Замочная скважина» — термин, введенный нейрохирургами в рамках концепции работы через минимальную краниотомию, использование множества минимально инвазивных технологий, чтобы минимизировать сопутствующее повреждение ткани, что аналогично работе через замочную скважину. Интерактивное отображение, таким образом, очень полезно в точном ориентировании через минимальную краниотомию, и необходимо для достижения желаемой хирургической траектории для доступа к хирургической цели. Это облегчает послеоперационное восстановление и снижает заболеваемость.</p>
11:20-11:30	Обсуждение.

<b>Зал 4</b>		
<b>10:00-11:30</b>	<p><b>Секция 19.</b></p> <p><b>Междисциплинарный подход к лечению заболеваний органов головы и шеи у детей - 1.</b></p> <p><b>РДКБ РНИМУ им. Н.И. Пирогова.</b></p>	<p><b>Академик РАН</b> <b>Лукьянов С.А.,</b> <b>Академик РАН</b> <b>Решетов И.В.,</b> <b>член-корр. РАН</b> <b>Богомильский М.Р.,</b> <b>проф. Ильенко Л.И.</b></p>
10:00-10:10	<p>Трахеостомия в условиях Covid-19. Рекомендации ВЛА и отечественный опыт.</p> <p>Решетов И.В., Таирова Р.Т., Воробцова М.М., Гужев С.С., Чуйко М.Р., Пряников П.Д., Быстрова А.А., Сидоренко С.И., Грузинова А.Д.</p> <p>Резюме: В связи с пандемией COVID-19 мировое здравоохранение переживает беспрецедентный всплеск числа тяжелобольных пациентов, которым требуется искусственная вентиляция легких. Необходимость длительной вентиляции легких у тех, кто выживает, означает, что для многих из них может быть рассмотрен вопрос о трахеостомии, чтобы освободить этих пациентов от респираторной поддержки и максимально рационально использовать ограниченные ресурсы. COVID-19 создает особые требования к проведению трахеостомии: медицинские работники должны безопасно осуществлять данную процедуру и контролировать состояние пациентов после нее, минимизируя риски распространения внутрибольничной инфекции и снижения качества медицинской помощи. Существуют противоречивые рекомендации относительно подбора показаний, сроков и техники выполнения трахеостомии, а также последующего ведения пациентов.</p>	
10:10-10:25	<p>Прогноз результатов оперативного лечения в зависимости от особенностей конституции.</p> <p>Ильенко Л.И.</p>	

	Резюме:
10:30-10:40	<p>Использование ингибитора m-TOR в консервативной терапии лимфангиом головы и шеи у детей.</p> <p>Донюш Е.К.</p> <p>Резюме: Лимфангиома – врожденная доброкачественная опухоль, которая исходит из лимфатических сосудов и состоит их эндотелиальных клеток и соединительной основы. Эти опухоли относят к истинным доброкачественным опухолям, возникающим в результате дисэмбриогенеза лимфатических сосудов. Возникновение лимфангиом связано с аномальным ростом или нарушением нормального развития лимфатической системы. Наблюдаются эти опухоли значительно реже гемангиом. Излюбленной локализацией лимфангиом является шея, подмышечная область, щека, губы, язык, однако они могут располагаться и на других частях тела и во внутренних органах.</p>
10:45-10:55	<p>Влияние различных анатомо-физиологических особенностей структур полости носа на функцию носослезного канала у детей.</p> <p>Богомильский М.Р., Сидоренко Е.И., Баранов К.К., Чиненов И.М., Пихуровская А.А.</p> <p>Резюме:</p> <p>В процессе исследования были определены эффективные способы лечения патологии носослезного канала у детей на основании изучения в возрастном аспекте влияния анатомо-физиологических особенностей структур полости носа на нарушение слезоотведения.</p> <p>В исследование приняли участие 76 детей в возрасте от 0 до 17 лет с патологией носослезного канала, а также, с острыми и хроническими дакриоциститами.</p> <p>Данное исследование продемонстрировало, что в 85.5% случаев у детей различного возраста (чаще раннего возраста) отмечается влияние анатомо-физиологических особенностей структур полости носа на нарушение слезоотведения. Восстановление оттока слезы в 89.5% случаев подтверждает эффективность комбинированного наружного и ретроградного эндоназального зондирования, а также эндоскопической дакриоцисториностомии, в лечении патологии слезоотведения у детей.</p>
11:00-11:10	<p>Наш опыт хирургии распространенных холестеатом у детей, в том числе с аномалиями строения среднего уха.</p> <p>Полунин М.М., Пряников П.Д., Сагателян М.О.</p> <p>Резюме: Внастоящее время отмечается тенденция к увеличению хронических болезней органа слуха у детей, несмотря на современные достижения в методах диагностики и лечения этих заболеваний. Частые острый гнойный средний отит, экссудативный средний отит, адгезивный средний отит являются факторами риска по развитию холестеатомы среднего уха у детей. Несмотря на большое количество исследований, вопросы патогенеза холестеатомы при хроническом гнойном среднем отите до сих пор обсуждаются в специальной литературе.</p>
11:15-11:25	<p>Муковисцидоз ЛОР-органов. Взгляд педиатра.</p> <p>Семыкин С.Ю., Горяинова А.В.</p> <p>Резюме: Муковисцидоз, или кистозный фиброз (cysticfibrosis) — это наследственно обусловленное моногенное заболевание с аутосомно-</p>

<p>рецессивным типом передачи и полиорганной манифестацией, характеризуется системным поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, обычно с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом. Актуальность проблемы муковисцидоза состоит в том, что болезнь требует ранней диагностики, постоянного лечения дорогостоящими препаратами, активного диспансерного наблюдения, сопровождается низкой продолжительностью жизни пациентов и всегда приводит к ранней инвалидизации пациентов.</p>
---

<b>Малый зал</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>10:00-10:45</b>	<b>Секция 20. Сателлитный симпозиум. «Терапия сопровождения и качество жизни онкологических пациентов».</b>	<b>Академик РАН Решетов И.В.</b>
10:00-10:10	Вступительное слово. И.В. Решетов	
10:10-10:20	Жизнь драгоценна. Красота тоже. Гийомарш Изабель (доклад при поддержке компании Иннотек, баллы НМО не начисляются)	
10:20-10:50	Кожно-токсические реакции на фоне противоопухолевого лечения. Агакина Ю.С. (доклад при поддержке компании Иннотек, баллы НМО не начисляются)	
10:50-11:20	Побочные эффекты противоопухолевого лечения и качество жизни пациента. Фатьянова А.С. (доклад при поддержке компании Иннотек, баллы НМО не начисляются)	

<b>Зал 1</b>		
<b>11:45-13:15</b>	<b>Секция 21. Онкология 2. Хирургическое лечение.</b>	<b>Академик РАН Чойнзонов Е.Ц., проф. Мудунов А.М., проф. Кропотов М.А.</b>
11:45-11:55	Современная стратегия реконструкции органов головы и шеи, как компонента комбинированного лечения злокачественных новообразований. Поляков А.П., Решетов И.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Мордовский А.В. Резюме: Особое значение имеет надежность реконструктивного этапа для обеспечения неосложненного послеоперационного периода, что в свою очередь позволяет провести адъювантное лечение в необходимые сроки. В	

	<p>связи с этим реконструктивно-пластический компонент можно рассматривать как успешную составляющую комбинированного и комплексного лечения</p>
11:55-12:02	<p>Маршрутизация пациентов с ЗНО органов головы и шеи. Первичная диагностика и онкологическая настороженность. Каприн А.Д., Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Мордовский А.В.</p> <p>Резюме: Проблема распространенности онкологической патологии в условиях реализации стратегической задачи государства по увеличению продолжительности жизни население приобретает значение первостепенной задачи, требующей решения и принятия действенных мер. Ущерб, наносимый обществу онкологическими заболеваниями сегодня, поистине колоссален. Повсеместно отмечается увеличение частоты возникновения и высокий уровень смертности, обусловленный онкологическими заболеваниями. В мире регистрируется более 10 миллионов новых случаев опухолевых заболеваний в год. В развитых странах наблюдается тенденция к замедлению и снижению смертности от злокачественных новообразований за счет эффективно работающих профилактических программ и улучшения раннего выявления рака.</p>
12:05-12:15	<p>Расширенные и комбинированные нестандартные хирургические вмешательства при раке органов головы и шеи. Пономарев И.В.</p> <p>Резюме: Хирургические методы лечения злокачественных опухолей головы и шеи относятся к числу наиболее сложных оперативных вмешательств. Тяжесть состояния больных определяется характером, локализацией и распространенностью опухоли, а также изменениями анатомических отношений верхних дыхательных путей с последующими нарушениями функций внешнего дыхания и газообмена.</p>
12:15-12:25	<p>Возможности эндоскопической трансназальной хирургии основания черепа в персонифицированном подходе комплексного лечения детей с опухолями параменингеальной локализации. Меркулов О.А.</p> <p>Резюме: Последние десятилетия ознаменовались разработкой и внедрением новых технологий с применением эндоскопической техники, в том числе разработкой эндоназальных эндоскопических подходов (ЭЭП) к ОЧ. На основании анализа предварительных результатов отмечено, что при сравнительно одинаковых хирургических возможностях традиционных и эндоскопических трансназальных подходов применение последних способствовало достоверному снижению количества рецидивов</p>
12:30-12:45	<p>Перспективы эндоваскулярной хирургии в лечении опухолей органов головы и шеи. Енгибарян М.А., Решетов И.В., Кит О.И.</p> <p>Резюме: На современном этапе развития онкологии лечение метастазно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи, заключающееся в использовании хирургического, лучевого методов,</p>

	химиотерапий и их комбинаций, представляет собой чрезвычайно сложную и ответственную задачу.
12:45-12:55	Онкология. Современное оборудование и инструментарий для хирургии гортани. Гуров Д.Р. (доклад при поддержке компании Карл Шторц, баллы НМО не начисляются).
12:50-13:10	Дифференциальная диагностика опухолей головы и шеи у детей и подростков. Наумова А.С. Резюме: Большое значение в диагностике новообразований мягких тканей лица и шеи имеют правильная интерпретация жалоб больных и анализ данных анамнеза.

## Зал 2

<b>11:45-13:15</b>	<b>Секция 22. Реконструктивная хирургия головы и шеи 2.</b>	<b>Член-корр. РАН Байриков И.М., проф. Медведев Ю.А., д.м.н. Басин Е.М., к.м.н. Назарян Д.Н.</b>
11:45-11:55	<p>Преимущества использования реиннервированных лоскутов в реконструкции дефектов ротовой полости у онкологических больных. Закирова А.А., Решетов И.В., Шевалгин А.А., Сукорцева Н.С.</p> <p>Резюме:</p> <p>Реконструкция органов полости рта путем микрохирургической аутотрансплантации после радикального хирургического лечения является методом выбора для возвращения пациентов к нормальной жизни, обеспечения функций глотания и речи, социальной реабилитации. Используемые для аутотрансплантации ткани и их комплексы кроме реваскуляризации дают возможность для одномоментной реиннервации, однако до сих пор нет научного обоснования в необходимости ее выполнения.</p> <p>В процессе исследования было выполнено 30 микрохирургических реконструктивно-пластических операций с использованием реиннервированных лоскутов.</p> <p>Выполнение реиннервации незначительно удлиняет операцию, однако позволяет вернуть пациентам чувствительность неооргана, что позволяет избежать возникновение ожогов и прикусываний, хронических язв. Отмечаются значительно лучшие результаты восстановления речеобразования, у 100% восстановился акт глотания. Большинство пациентов смогли восстановить свой социальный статус и вернуться в профессию.</p>	
12:00-12:10	<p>Одномоментная имплантация в реваскуляризованный малоберцовый трансплантат с интраоперационным протезированием зубов. Потапов М.Б., Назарян Д.Н., Мохирев М.А., Ляшев И.Н., Захаров Г.К., Федосов А.В., Батырев А.В.</p> <p>Резюме:</p>	



	<p>Протезирование зубных рядов с последующим восстановлением жевательной функции заметно повышает качество жизни пациента. В области здоровых челюстей после потери зубов невозможным является восстановление пародонто- связочного аппарата зуба, а в области воссозданных челюстей и вовсе мы сталкиваемся с новой анатомией, при которой толщина мышечной или кожной муфты над костным трансплантатом составляют от 3 до 30 мм.</p> <p>За 2018 год было выполнено 10 микрохирургических реконструкций челюстей реваскуляризированным малоберцовым ауто трансплантатом с одномоментной имплантацией и немедленной нагрузкой временными коронками зубов.</p> <p>Было выявлено, что наряду с хирургической пластикой, неотъемлемой частью реабилитации пациентов с дефектами челюстей является своевременное протезирование зубных рядов с восстановлением полноценной функции зубо-челюстной системы.</p> <p>Метод однозначно имеет неоспоримые преимущества, в сравнении с отсроченными этапами реконструкции и полного восстановления жевательной функции челюстей.</p>
12:10-12:20	<p>Реконструкция верхней челюсти свободными лоскутами у детей. Бабаскина Н.В., Новичкова Г.А., Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Марков Н.М. Резюме:</p> <p>Методика реконструкция верхней челюсти остается спорным вопросом детской хирургии, что, в частности, обусловлено необходимостью дальнейшей реабилитации пациента с условием его продолжающегося роста и развития. Микрохирургическая реконструкция свободным васкуляризованным лоскутом позволяет закрывать большие смешанные дефекты верхней челюсти, а также выполнять дальнейшую пластическую коррекцию лоскута с установкой зубных имплантов.</p> <p>В процессе исследования 9 пациентам в возрасте от 7 до 17 лет с доброкачественным или злокачественным новообразованием верхней челюсти была выполнена симультантная или отсроченная реконструкция свободным малоберцовым или подвздошным лоскутом.</p> <p>Во всех случаях были достигнуты хорошие эстетические и функциональные результаты, все пациенты смогли питаться per os и разборчиво разговаривать.</p> <p>Реконструкция верхней челюсти свободными лоскутами в случаях с большими смешанными дефектами позволяет выполнить полную реконструкцию структур и обладает достаточной пластичностью для дальнейшей коррекции и полной реабилитации.</p>
12:20-12:30	<p>Реконструкция челюстно-лицевой области у онкологических больных» Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов Резюме:</p>
12:30-12:40	<p>Наш опыт эктопротезирования. Сельский Н.Е., Коротик И.О., Зарудий Р.Ф., Трохалин А.В. Резюме:</p>
12:45-12:55	<p>Применение эндопротезов из пористого никелида титана в реконструкции нижней челюсти. Медведев Ю.А., Захарова И.В., Петрук П.С., Куценко Р В.</p>

	<p>Резюме: Имплантаты на основе никелида титана, проявляющие эффект памяти формы и сверхэластичности, являются наиболее перспективными медицинскими материалами. Способность костных и мягких тканей организма проявлять эластичные свойства определила выбор пористого никелида титана, с соответствием его физикомеханических характеристик тканям. С помощью предложенных эндопротезов из пористого никелида титана устранены дефекты мышечного отростка, ветви, угла и тела нижней челюсти, создана функциональная стабильность, что исключает осложнения и обеспечивает раннее восстановление функции височно-нижнечелюстного сустава и жевания, вначале за счет съёмного, а затем и несъёмного зубного протезирования, даже при полной адентии нижней челюсти.</p>
12:55-13:05	<p>Применение на костных титановых пластин с наноструктурированным покрытием при реконструкции нижней челюсти. Шпицер И.М., Шайхалиев А.И., Мигачев А.С., Петрук П.С., Гостева Е.А., Давыдова Т.Р.</p> <p>Резюме: Переломы нижней челюсти являются самым распространенным видом травмы челюстно-лицевой области. Среди всех повреждений костей лица они встречаются наиболее часто и составляют от 25% до 87% Интенсивность труда, развитие транспортных средств, ухудшение психоэмоционального климата жителей нашей страны, все это в последние годы привело к значительному росту травматизма. Возросло число множественных и сочетанных повреждений</p>
13:05-13:15	<p>Переломы нижней стенки глазницы. Сложные клинические случаи. Медведев Ю.А., Захарова И.В., Шаманаева Л.С.</p> <p>Резюме: Перелом нижней стенки орбиты — самая частая локализация. Он возникает в результате удара по глазному яблоку или по краю орбиты. При многих повреждениях развиваются лишь отёк и экхимоз тканей орбиты. При переломах с ущемлением мягких тканей и сохранением диплопии или при обширных переломах с развитием энтофтальма требуется проведение оперативной коррекции.</p>

<b>Зал 3</b>		
<b>11:45-13:15</b>	<b>Секция 23. Оториноларингология 3. Диагностика, методы лечения и реабилитация.</b>	<b>Член-корр. РАН Дайхес Н.А., проф. Виноградов В.В., д.м.н. Решульский С.С.</b>
11:45-11:55	<p>Применение чрескожной гарпунной биопсии новообразований гортани и гортаноглотки под УЗ-контролем. Гафурова А.И., Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Коробкин А.С., Решульский С.С.</p> <p>Резюме: В оториноларингологии ультразвуковой метод используют в качестве вспомогательного метода обследования. Широкое распространение получило УЗИ в практике для выявления и дифференцировки опухолевых образований шеи, гортани, гортаноглотки, для исследования лимфатических</p>	

	<p>узлов на предмет выявления регионарных метастазов, например, при злокачественных новообразованиях гортани и гортаноглотки.</p> <p>Было проведено 29 исследований по методике чрескожной гарпунной биопсии под УЗ-навигацией.</p> <p>Чрескожная гарпунная биопсия под контролем ультразвуковой навигации с последующей морфологической верификацией является инвазивным методом, позволяющим получить достаточное количество материала для гистологической верификации диагноза, что необходимо для определения тактики дальнейшего лечения. Разработанный метод можно применить также в амбулаторных условиях, так как количество осложнений минимально. Кроме того, при исследовании выполняется оценка анатомии гортани и гортаноглотки, топическое расположение опухоли и ее соотношение с прилежащими тканями и лимфатическими коллекторами шеи.</p>
11:55-12:15	<p>Топическая антибактериальная терапия с позиции доказательной медицины Карнеева О.В.</p> <p>(доклад при поддержке компании Рекордати, баллы НМО не начисляются)</p>
12:15-12:25	<p>Дифференциальная диагностика назальной НК/Т-клеточной лимфомы у больных с перфорацией перегородки носа.</p> <p>Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Носуля Е.В., Товмасын А.С., Османов Ю.И., Юрова Е.В., Агаев А.Г.</p> <p>Резюме:</p> <p>Перфорация перегородки носа (ППН) – нередко встречающаяся патология в практике врача-оториноларинголога. Генез этого заболевания может быть различным. Нередко под ППН могут маскироваться неопластические процессы. В связи с этим, врачу-оториноларингологу необходимо быть бдительным и не упустить онкологические заболевания, одним из первых проявлений которых может являться ППН.</p> <p>При обследовании пациентов с ППН проведение гистологического исследования слизистой оболочки полости носа должно быть обязательным, так как от полученных результатов зависит тактика лечения данного контингента больных.</p>
12:25-12:35	<p>Методы ранней эндоскопической диагностики опухолей гортани.</p> <p>Хабазова А.М., Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Ким И.А., Карнеева О.В., Прикулс В.Ф.</p> <p>Резюме:</p> <p>Во всем мире отмечается постоянный рост смертности от злокачественных новообразований, что в значительной степени обусловлено поздней диагностикой. В последние десятилетия широкое распространение получили эндоскопические методы осмотра - непрямая эндоскопия, фиброларингоскопия, контактная эндоскопия, NBI-эндоскопия, эндоскопия с применением световых фильтров системы SPIES, а также диагностика с применением флуоресцентных технологий, однако рутинным методом осмотра ЛОР-органов на сегодняшний день остается осмотр с помощью зеркал, что является одной из причин поздней выявляемости злокачественных новообразований - отсутствие условий для проведения детального осмотра на уровне амбулаторного звена.</p>

	<p>В отделении ЛОР-онкологии ФГБУ НМИЦО ФМБА России было проведено исследование, участие в котором приняли 46 пациентов с подозрением на злокачественные новообразования гортани. Всем пациентам выполнялась прямая ларингоскопия в условиях эндотрахеального наркоза с одномоментным выполнением NBI-эндоскопии, осмотра с применением системы SPIES, контактной эндоскопии, исследования с применением флуоресцентных технологий.</p> <p>Результаты гистологических исследований были сравнены с результатами, полученными при проведении эндоскопических методов диагностики.</p> <p>Несмотря на то, что биопсия с последующим гистологическим исследованием остается «золотым стандартом» диагностики, эндоскопические методы диагностики зарекомендовали себя как эффективные дополнительные методы исследования патологии гортани и глотки и являются взаимодополняющими.</p>
12:35-12:45	<p>Высокотехнологические методы в диагностике и лечении пациентов с предраковыми и злокачественными образованиями гортани.</p> <p>Куц Б.В., Ушаков В.С., Дворянчиков В.В., Припорова Ю.Н.</p> <p>Резюме:</p> <p>Получение достоверной и исчерпывающей информации о локализации и размерах первичного очага, распространенности опухолевого процесса, наличии или отсутствии метастазов позволяет разработать тактику лечения, выбрать оптимальный объем оперативного вмешательства и существенно повысить функциональные результаты на фоне онкологической надежности.</p> <p>Для первичного выявления опухолевого процесса в гортани, помимо эндоскопических методов, целесообразно проводить МРТ с контрастным усилением, которая, в отличие от КТ, позволяет хорошо дифференцировать все структуры шеи, детализировано визуализировать поражения мышечной ткани и хрящей гортани, хорошо выявляет образования небольших размеров.</p> <p>Применение современных технологий у больных с опухолями гортани позволяет выбрать оптимальный хирургический подход, необходимый для радикального удаления опухоли и максимального сохранения органа.</p>
12:45-12:55	<p>Частота вирус-ассоциированного рака полости носа и околоносовых пазух в Архангельской области.</p> <p>Верещагин М.Ю., Минкин А.У., Макарова М.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Заболеваемость раком полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП) в настоящее время имеет тенденцию к росту.</p> <p>Объектом исследования стали 100 больных раком ПН и ОНП.</p> <p>После специального лечения регионарные метастазы наблюдались у 11(30,5%) больных, инфицированных ВЭБ, рецидивы—у 5(13,9%)таких пациентов, при чем самые агрессивные формы злокачественных опухолей ПН и ОНП диагностированы при ассоциации нескольких вирусов. При ассоциации ВЭБ и вируса герпеса человека 6-го типа отдаленное метастазирование наблюдали в 100% случаев,при ассоциации ВЭБ,ЦМВ и вируса герпеса человека 6-го типа рецидивы регистрировали в 100%</p>

	случаев,отдаленные метастазы–в 75%,причем летальность в течение 1 года после проведения курса лечения среди таких пациентов превышала 50%. ВПЧ чаще выявляли у пациентов без рецидивов и отдаленных метастазов (n = 9).
13:00-13:10	<p>Клинико-морфологические особенности послеоперационных перфораций перегородки носа. Морозов И.И., Грачев Н.С. Резюме: Частота встречаемости послеоперационных перфораций перегородки носа (ПППН) в структуре осложнений ринохирургии составляет 1-8%. Данная патология достоверно снижает качество жизни пациентов. С 2013 по 2018 год обследовано 52 пациента в возрасте от 20 до 60 лет с ПППН. Сформированы 3 группы в соответствии с размером ППН. В краях маленьких (группа 1) и средних (группа 2) ПППН отмечается значительное снижение ригидности тканей, что говорит о дефиците опорных тканей, в частности мукоперихондрия. Высокая степень ригидности и утолщение заднего края ПППН сопровождается более выраженными клиническими проявлениями вне зависимости от размера ППН и подтверждается цитологической картиной воспаления. Наличие ИПН является дефектом ранее проведенной операции, который усиливает клинические проявления ПППН. Пациентам, у которых выявляются клинически значимые изменения в краях ППН показано плановое хирургическое лечение - закрытие ПППН с устранением ИПН при его наличии.</p>

### Зал 4

<b>11:45-13:15</b>	<b>Секция 24. Междисциплинарный подход к лечению заболеваний органов головы и шеи у детей - 2. РДКБ РНИМУ им. Н.И. Пирогова</b>	<b>Академик РАН Лукьянов С.А., Директор РДКБ, к.б.н. Шагин Д.А., Главный врач, к.м.н. Ким С.Ю., д.м.н. Грачев Н.С.</b>
11:45-11:55	<p>Особенности диагностики и лечения скафоцефалии в старшем возрасте. Рещиков Д.А., Лопатин А.В., Васильев И.Г., Пальм В.В. Резюме: Скафоцефалия - методы диагностики, лечения по Европейским рекомендациям Скафоцефалия, что по-гречески означает «ладьевидный череп», представляет собой формирование головы в результате слияния сагиттального шва. Нарушение роста черепа в ширину компенсируется чрезмерной длиной черепа. Фронтальное удлинение является общим признаком, обычно прогрессирующим в течение первого года жизни. Затылочное удлинение, так называемая «пуля», встречается несколько реже и может быть более выражено в случае, когда сращение начинается</p>	

	<p>на заднем конце шва. При тяжелых формах отмечается «седло», вдавление на несколько сантиметров в длину на уровне сагиттального шва, по-видимому, в месте начала сращения.</p>
12:00-12:10	<p>Малоинвазивное лечение пациентов с венозными мальформациями экстракраниальных локализаций головы и шеи. Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А. Резюме: Венозные мальформации (ВМ) являются одними из самых распространенных пороков развития сосудов, с частотой встречаемости 1 на 5000 населения. ВМ могут быть любой локализации. Могут быть глубокими, поверхностными, локализованными, диффузными, одиночными или множественными. Около 40% ВМ расположены в области головы и шеи. К малоинвазивным методам лечения ВМ относятся: склерооблитерация, СВЧ-ЭМП гипертермия, селективный фототермолиз, ЭВЛ. В ходе доклада представлены клинические случаи лечения пациентов с ВМ, а также результаты лечения.</p>
12:15-12:25	<p>Реконструктивные операции у детей с опухолями головы и шеи. Грачев Н.С. Резюме: Современная стратегия детской онкохирургии опухолей головы и шеи у пациентов детского возраста состоит в стремлении выполнения органосохраняющих и высокофункциональных операций на основе необходимого онкологического радикализма. Не вызывает сомнения необходимость лечения детей и подростков в высококвалифицированных и специализированных онкологических учреждениях, так как только при соблюдении научно обоснованных онкологических подходов терапия может дать хорошие результаты.</p>
12:30-12:40	<p>Опыт лечения патологии верхнего отдела дыхательных путей в ЛОР-отделении РДКБ. Пряников П.Д., Сидоренко С.И., Рогожин Д.В., Водолазов С.Ю. Резюме: Заболевания дыхательных путей более распространены в сезон холодов. Чаще ими страдают люди с ослабленным иммунитетом, дети и пенсионеры преклонного возраста. Эти болезни делятся на две группы: заболевания верхних дыхательных путей и нижних. Эта классификация зависит от места локализации инфекции.</p>
12:45-12:55	<p>Перспективы эндоваскулярной хирургии в лечении опухолей органов головы и шеи. Енгибарян М.А., Решетов И.В., Кит О.И. Резюме: Применение суперселективной химиоэмболизации в качестве подготовительного этапа хирургического лечения больных с местнораспространенными формами рака головы и шеи является целесообразным и требует дальнейшего изучения.</p>
13:00-13:15	<p>Обширные объемные образования шеи и методы лечения. Лывина И.П., Сухов М.Н., Нарбутов А.Г., Серков И.И. Резюме: Пальпируемое образование шеи может быть инфекционным, воспалительным, врожденным, травматическим или неопластическим. Увеличение слюнных желез может происходить в результате тех же причин. Наличие вирусной или бактериальной инфекции в любом месте ротоглотки может вызвать реактивную шейную лимфаденопатию. Реже встречается</p>

	первичная бактериальная инфекция лимфатического узла. Вовлечение в процесс лимфатических узлов — чаще генерализованное, чем изолированное — также встречается при некоторых системных заболеваниях (например, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ, туберкулез).
13:15-13:25	Обсуждение.

<b>Малый зал</b>		
<b>11:45- 13:15</b>	<b>Секция 25. Пациентская сессия. Ассоциация "Здравствуй!".</b>	<b>Борова Ирина.</b>

<b>Зал 1</b>		
<b>13:30- 15:00</b>	<b>Секция 26. Онкология 3. Рак щитовидной железы.</b>	<b>Академик РАН Поляков В.Г., академик РАН Солодкий В.А., проф. Романчишен А.Ф., проф. Румянцев П.О., д.м.н. Голубцов А.К.</b>
13:30-13:45	Радиогеномика при раке щитовидной железы. Румянцев П.О. Резюме: В процессе доклада были освещены аспекты проведения радиогеномики при раке щитовидной железы. Наглядно показаны фрагменты из клинического опыта. В ходе доклада рассмотрены последствия проведения радиогеномики на примере конкретных клинических случаев.	
13:45-14:05	Молекулярная генетика рака щитовидной железы. Новый этап развития. Никифорович П.А. (доклад при поддержке компании Roche, баллы НМО не начисляются).	
14:05-14:15	Радиойодрефрактерные формы рака щитовидной железы. Раджабова З.А. Резюме: Резистентность отдаленных метастазов к терапии радиоактивным йодом у больных высокодифференцированным раком щитовидной железы (РЩЖ) значительно ухудшает прогноз выживаемости. Результаты применения химиотерапии (доксорубицин и комбинации) и аналогов ретиноевой кислоты (изотретиноин, роаккутан) не позволили рекомендовать их в качестве терапии выбора. Эффективность отдельных мультикиназных ингибиторов (вандетаниб, сорафениб, сунитиниб) наблюдалась в клинических испытаниях II фазы. По результатам клинических исследований III фазы (доложенных на ASCO'2013, США, Чикаго) сорафениб подтвердил терапевтическую эффективность у больных йод-рефрактерными метастазами высокодифференцированного РЩЖ.	
14:15-14:25	Реконструктивно-пластические операции у больных раком щитовидной железы. Поляков А.П.	

	Резюме:
14:25-14:35	<p>Рак щитовидной железы у детей. Опыт НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. Грачев Н.С.</p> <p>Резюме: в последние годы проблема рака щитовидной железы становится все более актуальной, что обусловлено истинным его ростом. Это заболевание, встречающееся значительно реже, чем у взрослых, составляет тем не менее от 1 до 3 % от общего количества и до 8—15 % злокачественных солидных опухолей головы и шеи в детском возрасте.</p>
14:35-14:45	<p>Особенности диагностики и лечения больных раком щитовидной железы в Бухарской области. Дустов Ш.Х.</p> <p>Резюме: За последние 20 лет произошли значительные изменения TNM классификации, стандартов лечения и наблюдения больных раком щитовидной железы, что существенным образом приблизило российские лечебно-диагностические стандарты к мировому уровню.</p>
14:45-14:55	<p>Интраоперационная визуализация в хирургии заболеваний щитовидной железы. Никофорович П.А.</p> <p>Резюме: Интраоперационный нейромониторинг находит все более широкое применение при оперативных вмешательствах на щитовидной и околощитовидных железах как метод, позволяющий уменьшить количество повреждений гортанных нервов при хирургических вмешательствах. В настоящее время с помощью постоянного мониторинга возможно интраоперационно в режиме реального времени оценивать сохранность функции гортанных нервов.</p>
14:55-15:05	<p>Комплексная терапия метастатического высокодифференцированного рака щитовидной железы. Поляков А.П.</p> <p>Резюме:</p> <p>Отдельные метастазы при ВРЩЖ регистрируются в 10% случаев. На долю метастатического поражения костей скелета приходится порядка 23% всех отдаленных метастазов. При III, IV стадии – до 60%, которые реализуются в течение первых 3-5 лет. Осложнения, связанные с метастатическим поражением скелета (SRE): развитие патологических переломов, сдавление спинного мозга, гиперкальциемия, болевой синдром различной интенсивности. Терапия костных метастазов: Локальное воздействие (хирургическое вмешательство), комплексная терапия, направленная на подавление костной резорбции, системная противоопухолевая терапия, анальгезирующая терапия.</p>

## Зал 2

<b>13:30-15:00</b>	<b>Секция 27. Реконструктивная хирургия 1.</b>	<b>Проф. Сидоренков Д.А., проф. Калакуцкий Н.В., проф. Старцева О.И., prof. M. Knezevic (Spain), проф. Кропотов М.А.,</b>
--------------------	--	---



		<b>к.м.н. Письменный В.И.</b>
13:30-13:45	<p>Аддитивные технологии в восстановительной хирургии опорных тканей головы и шеи.</p> <p>Святославов Д.С., Гапонов М.Е.</p> <p>Резюме: Злокачественные новообразования представляют для общества одну из наиболее серьезных проблем, причем не только медицинского, но и социального и экономического характера. В России, как и во многих других странах, отмечается неуклонный рост онкозаболеваний, что влечет за собой необходимость совершенствования организаций, оказывающих специализированную помощь в данной сфере. Новые подходы к решению подобных вопросов привели к использованию в том числе и аддитивных технологий.</p>	
13:45-13:55	<p>Моделирование носовой перегородки методом реального прототипирования.</p> <p>Пиманчев П.Н.</p> <p>Резюме: Современные технологии позволяют решать самые сложные проблемы в области ринопластики. Компьютерное моделирование носа – одно из направлений комплексных программ по коррекции носа.</p>	
14:00-14:10	<p>Рак полости рта, сложности при выполнении оперативного вмешательства, техника, способы реконструкции с комплексом реабилитационных мер.</p> <p>Письменный И.В., Письменный В.И.</p> <p>Резюме:</p> <p>Злокачественные опухоли полости рта, языка составляют очень сложную группу больных, которым необходимо проведение комплексного и комбинированного методов лечения, где ведущий метод на первом или в сочетании с другими методами специального лечения находится оперативное вмешательство.</p> <p>Детально спланированная операция при лечении злокачественных опухолей полости рта, языка и ротоглотки, выбор оптимального реконструктивного материала дает надежные функциональные эстетические и онкологические результаты.</p>	
14:10-14:20	<p>Злокачественные новообразования языка, хирургический метод лечения, выбор реконструктивного материала, золотое правило.</p> <p>Письменный И.В., Письменный В.И., Письменный Ил.В.</p> <p>Резюме: Сложность ранней диагностики и лечения злокачественных опухолей ротоглотки представляет собой нерешенную задачу клинической онкологии. В практическом здравоохранении опухоли злокачественного генеза полости рта и ротоглотки диагностируются в распространенных стадиях заболевания. Консервативные методы лечения имеют ограниченные возможности в плане радикального лечения больных.</p>	
14:20-14:30	<p>Амелобластома нижней челюсти. Принципы первичной реконструкции.</p> <p>Медведев Ю.А., Захарова И.В., Беднова А.А., Джиргалов О.В.</p> <p>Резюме: Амелобластома (адамантинома) относится к доброкачественным органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой локализации. Она является одонтогенной эпителиальной опухолью, так как гистологическая структура ее паренхимы имеет сходство со строением ткани эмалевого органа зубного зачатка, в связи с этим название опухоли получило от слова «эмаль» — substantia adamantina.</p>	

14:30-14:40	<p>Замещение дефектов нижней челюсти аллогенными трансплантатами. Трохалин А.В., Сельский Н.Е., Трохалин А.В., Зарудий Р.Ф., Коротик И.О.</p> <p>Резюме: Реконструкция дефектов нижней челюсти различной этиологии с последующим протезированием и восстановлением жевательной функции - актуальная и востребованная проблема современной челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. В докладе ВОЗ «Глобальные цели стоматологии 2020» отмечается, что профилактика и лечение приобретенных дефектов челюстей должны стать важнейшей стратегической задачей современной стоматологии.</p>
14:40-14:50	<p>Реконструкция скуло-глазничного комплекса с применением материалов с памятью формы. Петрук П.С., Медведев Ю.А., Мигачев А.С., Шпицер И.М.</p> <p>Резюме: Реконструктивно-восстановительная хирургия берет свое начало из древних веков. Еще в раскопках Древнего Египта, Перу и Урарту обнаружены черепа с аппаратами для остеосинтеза костей. Современная реконструктивно-восстановительная хирургия лица относительно молодое направление, которая занимается восстановлением и лечением поврежденных тканей организма человека после тяжелых травм, ожогов, онкологических операций, так и для коррекции врожденной патологии развития. После многих врожденных и приобретенных патологий у человека происходят серьезные нарушения жизненных функций: глотания, носового дыхания, жевания. Как правило, подобные нарушения сопровождаются нарушением эстетики лица, что однозначно приводит к потере жизненной активности человека и нарушению психики.</p>
14:50-15:00	<p>Укрытие реконструктивной пластины после сегментарной резекции нижней челюсти в комплексном лечении орорфарингеального рака. Сикорский Д.В., Володин А.Н.</p> <p>Резюме: В докладе представлены сведения о предложенном способе укрытия реконструктивной пластины мышечной частью пекторального лоскута в случае сегментарной резекции нижней челюсти и восстановлении ее непрерывности титановой пластиной при достаточной площади покровных тканей (кожа и слизистая оболочка) и дефиците мягких тканей.</p>

### Зал 3

<b>13:30-15:00</b>	<p><b>Секция 28.</b></p> <p><b>Оториноларингология 4.</b></p> <p><b>Детская оториноларингология.</b></p>	<p><b>Проф. Юнусов А.С.,</b> <b>проф. Гаращенко Т.И.,</b> <b>проф. Карнеева О.В.,</b> <b>проф. Русецкий Ю.Ю.,</b> <b>проф. Карпова Е.П.,</b> <b>проф. Ненашева Н.М.,</b> <b>к.м.н. Зябкин И.В.,</b> <b>к.м.н. Кастыро И.В.</b></p>
13:30-13:40	<p>Актуальные вопросы детской септопластики. Спиранская О.А., Русецкий Ю.Ю.</p> <p>Резюме: Септопластика – не часто выполняющаяся операция у детей. Однако, при значительных искривлениях перегородки носа ее необходимо выполнять. Авторы описывают технически сложные моменты самого</p>	

	хирургического вмешательства, ее осложнения.
13:40-13:50	<p>Варианты хирургического лечения атрезии хоан.  Пряников П.Д., Грачев Н.С., Зябкин И.В., Асманов А.И., Полев Г.А., Сидоренко С.И., Сагателян М.О., Чучкалова Ж.А.</p> <p>Резюме: Арезия хоан – это врождённая патология, при которой нет сообщения полости носа с носоглоткой в результате их зарращения. Ведущим признаком этого заболевания является нарушение дыхания через нос (носовое дыхание) различной степени выраженности.</p> <p>Атрезия хоан – это тяжёлая патология, приводящая к задержке развития, гипотрофии и истощению ребёнка, так как носовое дыхание у маленьких детей является преобладающим и, следовательно, отсутствие его приводит к трудностям во время кормления (отказ от груди, быстрая утомляемость во время кормления, увеличение времени кормления, уменьшение объёма съеденной пищи).</p> <p>Представлены существующие новые методики лечения атрезии хоан у детей.</p>
13:50-14:00	<p>Хронический синусит у детей с муковисцидозом: этиология, причины, подходы к лечению.  Малявина У.С., Русецкий Ю.Ю.</p> <p>Резюме: Этиологические факторы возникновения муковисцедоза у детей косвенно влияют и на возникновение хронического риносинусита. В докладе описаны этиология, причины, подходы к лечению этого заболевания</p>
14:00-14:10	<p>Хронический риносинусит у детей. От терапии к хирургии.  Асманов А.И., Бреева О.А.</p> <p>Резюме: В докладе представлены новые подходы к лечению хронического риносинусита у детей на амбулаторно-поликлиническом уровне и хирургическими методами.</p>
14:10-14:30	<p>Особенности контроля симптомов аллергического ринита у детей и подростков.  Ненашева Н.М. (доклад при поддержке компании Teva, баллы НМО не начисляются).</p>
14:30-14:40	<p>Комбинированные трансбазальные и трансназальные эндоскопические доступы в хирургии основания черепа у детей.  Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Полев Г.А., Самарин А.Е., Фролов С.В.</p> <p>Резюме: Исторически распространенные опухоли околоносовых пазух и основания черепа (ОЧ) оперировали через расширенные транскраниальные/трансфациальные (комбинированные краниофациальные) доступы. Объем хирургической травмы в таких случаях приводил к длительному стационарному нахождению пациента, выраженному функциональному и косметическому дефициту. С развитием эндоскопической хирургии околоносовых пазух, трансназальный эндоскопический доступ стал применяться в хирургии доброкачественных, а позже и злокачественных образований переднего основания черепа. В последнее десятилетие этот метод широко применяется и в детской хирургии. Однако обширное интракраниальное/интрадуральное распространение, значительное латеральное распространение опухоли являются лимитирующими факторами к трансназальному эндоскопическому доступу (ТЭД).</p>

14:40-14:50	<p>Клинико-микробиологические характеристики течения мукозитов у детей со злокачественными новообразованиями в области головы и шеи. Родина А.Д., Горбунова Т.В., Поляков В.Г.</p> <p>Резюме: Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух у детей приводят к нарушению анатомических структур и создают условия для развития хронического воспаления. Химиолучевая терапия (ХЛТ) – основной метод лечения злокачественных опухолей у детей данной локализации. Микробиоценоз слизистой оболочки полости носа и глотки претерпевает значительные изменения у детей с онкологическими заболеваниями. Изучение особенностей микробиоты глотки и полости носа позволяет изучить основных возбудителей мукозитов, оценить вираж возбудителей на протяжении всего специального лечения, влияние на качество жизни пациентов, а также скорректировать назначение противовоспалительной и антибактериальной терапии с учетом чувствительности флоры.</p>
14:50-15:00	Обсуждение.

<b>Зал 4</b>		
<b>13:30-15:40</b>	<b>Секция 29. Диагностика, лечение голосовых нарушений и реабилитация пациентов с раком гортани.</b>	<b>К.м.н. Осипенко Е.В.</b>
13:30-13:50	<p>Предупредить. Сохранить. Восстановить. Осипенко Е.В. <i>(доклад при поддержке компании VOIRON, баллы НМО не начисляются).</i></p>	
13:50-14:00	<p>NBI - эндоскопия как современный метод ранней диагностики опухолевых заболеваний гортани. Котельникова Н.М. Резюме: В докладе излагается значимость и эффективность NBI-эндоскопии в ранней дифференциальной диагностике различных опухолевых заболеваний гортани, позволяющей выявлять патологически измененные участки слизистой оболочки и идентифицировать специфический сосудистый рисунок, характерный для новообразований.</p>	
14:10-14:20	<p>Лечение гортаноглоточного рефлюкса у пациентов с односторонним парезом гортани после операций на щитовидной железе методом кинезиотерапии. Однокозов И. А. Резюме: У большинства пациентов с односторонним парезом гортани (ОПГ) после операции на щитовидной железе (ЩЖ) – 85,3%; (<math>\chi^2=101,7</math>; <math>p&lt;0,001</math>) выявляется гортаноглоточный рефлюкс (ГГР). Был разработан комплекс кинезитерапии для лечения ГГР у пациентов с ОПГ после операций на ЩЖ на основании рефлексов, повышающих тонус верхнего и нижнего пищеводных сфинктеров. Разработанный комплекс кинезитерапии для лечения гортаноглоточного</p>	

	<p>рефлюкса у пациентов с односторонним нарушением подвижности голосовой складки после операции на щитовидной железе уменьшает проявления гортаноглоточного рефлюкса и оказывает значимое (<math>p=0,014</math>) положительное влияние на динамику объективных ларингоскопических проявлений гортаноглоточного рефлюкса.</p>
<p>14:25-14:35</p>	<p>Дисфония у взрослых. Будейкина Л.С., Маслов Э.Ю., Кононова Н.А., Полев Г.А., Новиков Д.И., Улезько Г.М., Грачев Н.С., Пряников П.Д., Сарафанова М.Е., Хизниченко В.В., Тимофеева О.К. Резюме: Доброкачественные образования гортани могут быть представлены ювенильной папилломой, гемангиомой, фибромой, хондромой, миксомой и нейрофибромой. Симптомы доброкачественных опухолей гортани включают охриплость, одышку, аспирацию, дисфагию, оталгию и кровохарканье. В период с июля 2019 года по декабрь 2019 года было проведено хирургическое лечение 7 пациентам с дисфонией. В условиях эндотрахеального наркоза было выполнено удаление доброкачественных образований гортани с использованием холодного метода при помощи эндоскопической техники. Дальнейшее лечение пациентов заключалось в соблюдении голосового режима, ингаляционной терапии и с последующими занятиями с фонопедом. Полные результаты были достигнуты у 5 пациентов. Два пациента продолжают занятия с фонопедом. Эндоларингеальная хирургия у людей голосоречевых профессий является глобальной проблемой современной медицины, требующей дальнейшего научного и практического развития.</p>
<p>14:35-14:45</p>	<p>Нейрофониатрическая реабилитация неврологических осложнений в проекции гортанных нервов. Румянцев П.О. Резюме: Голос — главный инструмент общения, профессиональной реализации. После операции на щитовидной железе (в том числе по удалению злокачественных опухолей) или околощитовидных железах может возникнуть такое неприятное последствие, как потеря или ослабление голоса. Иногда причиной потери голоса является собственно опухолевый процесс, но чаще всего это травма в результате хирургического лечения. Как следствие, человек теряет возможность говорить, а зачастую даже глотать и дышать.</p>
<p>14:50-15:00</p>	<p>Голосовая реабилитация пациентов после ларингэктомии. Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Хабазова А.М. Резюме: Восстановление функций гортани после ее удаления - одна из наисложнейших задач в хирургии головы и шеи и, не смотря на имеющиеся успехи, она еще не решена. С целью упрощения методики отсроченного трахеопищеводного шунтирования у ларингэктомированных больных с тяжелой сопутствующей патологией был разработан алгоритм для формирования трахеопищеводной фистулы под местной анестезией. Разработанный алгоритм формирования трахеопищеводной фистулы</p>

	<p>технически прост, позволяет производить установку трахеопищеводного клапана в амбулаторных условиях и у соматически ослабленных больных с высоким анестезиологическим риском.</p> <p>Выполнение вторичного трахеопищеводного шунтирования в условиях наркоза при сочетанной струйной вентиляции легких, обеспечивает комфортные условия для хирурга, позволяет снизить риск анестезиологических осложнений и сокращает время операции.</p>
15:00-15:10	<p>Междисциплинарный персонифицированный подход в реабилитации больных после ларингэктомии.</p> <p>Орлова О.С.</p> <p>Резюме: Голосовая реабилитация больных опухолями головы и шеи после хирургического лечения улучшает качество их жизни. Она дает возможность возвратиться к трудовой деятельности.</p>
15:15-15:25	<p>Формирование пищеводного голоса у лиц с удаленной гортанью.</p> <p>Михалевская И.А.</p> <p>Резюме: Удаление (экстирпация) гортани при злокачественной опухоли нарушает естественный дыхательный путь и лишает полностью голоса при сохраненных артикуляционном аппарате и нейрофизиологических механизмах речи. С удалением гортани создается тяжелая психотравмирующая ситуация. Человек лишается коммуникативных возможностей, возникают серьезные опасения по поводу прогноза заболевания и соматическая ослабленность после операции и лучевого лечения. Все это вызывает не только естественные реакции на болезнь, но и собственно психические нарушения, обусловленные заболеванием и особенностями личности. Клиника психических нарушений очень разнообразна и полиморфна.</p>
15:25-15:35	<p>Реабилитация голоса при трахеопищеводном шунтировании.</p> <p>Кривых Ю.С.</p> <p>Резюме: Одним из важнейших направлений хирургических методов восстановления голоса после удаления гортани является трахеопищеводное шунтирование с эндопротезированием. Логопедические техники помощи ларингэктомированным больным с голосовыми протезами могут успешно применяться в практике послеоперационной реабилитации.</p>
15:35-15:40	Обсуждение.

30 мая 2020 г., суббота

<b>9:00-10:15</b>	<b>Регистрация на сайте headneckcongress.ru</b> <b>INTRO конгресса –</b> <b>1. Видеоролик 2019 года.</b> <b>2. "В ординаторской с Экспертом".</b> <b>3. + обзор сайта и выставки.</b>
-------------------	---

<b>Зал 2</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>10:15-11:45</b>	<b>Секция 30. Офтальмология 1.</b>	<b>Академик РАН Нероев В.В.,</b> <b>проф. Саакян С.В.,</b> <b>проф. Давыдов Д.В.,</b> <b>проф. Рябцева А.А.,</b> <b>д.м.н. Пантелеева О.Г.</b>
10:15-10:25	<p>Персонифицированный подход к выбору хирургических подходов при лечении опухолей орбиты.</p> <p>Саакян С.В., Нероев В.В.</p> <p>Резюме: На долю новообразований орбиты приходится около 1\4 всех опухолей органа зрения. Среди них встречаются как доброкачественные (80%), так и злокачественные (20%) процессы.</p> <p>В орбите могут развиваться метастатические опухоли.</p>	
10:30-10:35	<p>Хирургический и эндоваскулярный методы лечения артериовенозных соустьев орбиты.</p> <p>Гришина Е.Е., Гегенаева Б.Б., Бондаренко Е.В.</p> <p>Резюме: Развитие микронеурологии, нейрорадиологии и интервенционной радиологии (эндоваскулярной нейрохирургии) привело к значительному улучшению диагностики и хирургическому лечению различных заболеваний и повреждений сосудов головного мозга. Совместные действия сосудистых и эндоваскулярных нейрохирургов является стандартом в работе сосудистых нейрохирургических отделений в лечении сложной сосудистой патологии, в том числе повреждения мозговых сосудов при черепно-мозговой травме.</p>	
10:35-10:45	<p>Злокачественные сосудистые опухоли орбиты.</p> <p>Амирян А.Г., Алиханова В.Р., Саакян С.В.</p> <p>Резюме: В орбите встречаются доброкачественные и злокачественные опухоли. Опухоли могут развиваться первично из клетчатки, стенки орбиты, из других частей органа зрения, лежащих в орбите: зрительного нерва, слезной железы, мышц, метастатически при злокачественных новообразованиях других органов, а также могут распространяться с соседних частей (злокачественные опухоли верхней челюсти, остеомы лобной пазухи, глиомы сетчатки, саркомы сосудистой оболочки и т.д.)</p>	
10:50-11:00	<p>Планирование и расчеты параметров орбиты при объемных деформациях.</p> <p>Давыдов Д.В.</p> <p>Резюме:</p>	
11:05-11:15	<p>Особенности ОКТ-диагностики у больных с рассеянным склерозом.</p>	

	<p>Андрюхина О.М., Рябцева А.А.</p> <p>Резюме: Для определения заболеваний, поражающих нервную систему, разработано множество методов. Диагностика рассеянного склероза основана на сборе данных о развитии болезни, неврологическом обследовании, лабораторных и аппаратных исследованиях. Комплексный подход к проблеме поможет вовремя остановить развитие РС и предотвратить инвалидность.</p>
11:15-11:30	<p>Хирургическое лечение оптической нейропатии при эндокринной офтальмопатии.</p> <p>Пантелеева О.Г., Саакян С.В.</p> <p>Резюме: ЭОП - самостоятельное прогрессирующее аутоиммунное заболевание органа зрения, ассоциированное с аутоиммунной патологией ЩЖ. .</p> <p>ЭОП — мультидисциплинарная проблема, находящаяся на стыке эндокринологии и офтальмологии. В настоящее время помощь пациентам с ЭОП недостаточна именно вследствие плохого взаимодействия офтальмологов и эндокринологов. В России практически отсутствуют специализированные центры, где пациенты с ЭОП могут получить комплексное лечение, включая хирургическое.</p>
11:30-11:45	Обсуждение.

<b>Зал 1</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>12:00-13:30</b>	<b>Секция 31. Онкология 4. Лекарственная терапия в онкологии органов головы и шеи.</b>	<b>Проф. Бяхов М.Ю., проф. Генс Г.П., проф. Болотина Л.В., проф. Имянитов Е.Н.</b>
12:00-12:20	Плоскоклеточный рак кожи: современное состояние проблемы. Решетов И.В. (доклад при поддержке компании Sanofi, баллы НМО не начисляются).	
12:25-12:45	Какие возможности для пациентов открывает персонализированная медицина сегодня. Поддубская Е.В. (доклад при поддержке компании Roche, баллы НМО не начисляются).	
12:45-12:55	Современное состояние проблемы терапии распространенного и метастатического базальноклеточного рака кожи головы и шеи. Поляков А.П. (доклад при поддержке компании Roche, баллы НМО не начисляются).	
12:55-13:05	Современный подход к терапии метастатической BRAF-положительной меланомы кожи. Поляков А.П. (доклад при поддержке компании Roche, баллы НМО не начисляются).	
13:05-13:25	Место пембролизумаба в современных рекомендациях лечения плоскоклеточного рака органов головы и шеи. Болотина Л.В.	



## Зал 2

<b>12:00-13:30</b>	<b>Секция 32. Офтальмология 2.</b>	<b>Проф. Саакян С.В., проф. Давыдов Д.В., д.м.н. Енгибарян М.А.</b>
12:00-12:10	<p>Комбинированное лечение злокачественных опухолей придаточного аппарата. Бородин Ю.И., Тацков Р.А. Резюме: Известны и широко используются способы комбинированного лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза, заключающиеся в короткодистанционной или дистанционной гамматерапии в конвенциональном режиме фракционирования.</p>	
12:15-12:25	<p>Алгоритм реконструктивно-пластического лечения при травмах вспомогательного аппарата органа зрения. Филатова И.А., Шеметов С.А.</p> <p>Резюме: Реконструктивная и пластическая хирургия глаза и его вспомогательного аппарата – наиболее сложный раздел хирургического лечения офтальмологических больных, основной задачей которого является устранение дефектов врожденного или приобретенного характера, гармонизация различных изменений в тканях вспомогательного аппарата органа зрения.</p> <p>Через знания и существующие методы хирургического лечения, точный диагноз имеющейся патологии, проведение предоперационной подготовки и выбор соответствующего вида оперативного пособия, осторожное, но смелое выполнение своих планов – все это необходимо при выполнении реконструктивных и пластических операций у данного контингента больных.</p>	
12:30-12:40	<p>Реабилитация детей с синдромами челюстно-лицевой области. Топольницкий О.З., Имшенецкая Н. И. Федотов Р. Н. Резюме: Частота таких пороков, как расщелина губы и неба, хорошо изучена, их описанию и методам лечения детей посвящено большое количество литературы. Исторически сложилось так, что яркость проявлений и значительный удельный вес этих типов врожденной патологии отодвинули на второй план другие проявления врожденной патологии лица и черепа, хотя суммарный удельный вес аномалий и пороков в черепно-челюстно-лицевой области значительно превышает число расщелин губы и неба. Больные со сложными синдромами требуют повышенного внимания со стороны врачей различных специальностей и специальной подготовки профессионалов. В связи с поражением нескольких органов и систем организма нередко упускают из вида те или иные проявления синдромов. В результате больные не получают адекватной помощи.</p>	
12:45-12:55	<p>Этиопатогенез и лечение нейрофиброматоза 1 типа. Заричанский В.А., Егиазарян А.Г., Алсайед Х.Х. Резюме: Этиология и встречаемость нейрофиброматоза I типа.</p>	

	<p>Нейрофиброматоз I типа (NF1, MIM №162200) — панэтническое аутосомно-доминантное заболевание с симптомами, чаще проявляющимися в коже, глазах, скелете и нервной системе. NF1 вызван мутациями в гене нейрофибромина (NF1). Болезнь встречается с частотой 1 на 3500 человек, что делает ее одним из наиболее частых аутосомно-доминантных заболеваний. Приблизительно половина пациентов имеет новые мутации; частота мутаций в гене NF1 — одна из самых высоких среди всех генов человека, приблизительно 1 мутация на 10 000 живых новорожденных. Около 80% новых мутаций отцовского происхождения, однако влияние отцовского возраста на частоту мутации не подтверждено.</p>
12:55-13:05	<p>Транскраниальная энуклеация глаза, как этап комбинированного лечения больных с экстрабульбарным ростом ретинобластомы по зрительному нерву. Клинический случай. Ушакова Т.Л., Волкова А.С. Горбунова Т.В., Горовцова О.В., Михайлова Е.В., Панфёрова Т.Р., Поляков В.Г. Резюме: Ретинобластома (РБ) редкая внутриглазная опухоль преимущественно детского возраста. Число научных работ и исследований, посвященных экстраокулярной РБ с распространением по зрительному нерву (ЗН), ограничено. В литературе отсутствует единое мнение о месте и методе хирургического этапа лечения у пациентов с распространением опухоли по ЗН.</p>
13:05-13:15	<p>Индивидуализированный подход к лечению опухолей придаточного аппарата глаза. Енгибарян М.А., Решетов И.В., Кит О.И. Резюме: Алгоритм лечения новообразований придаточного аппарата глаза предполагает детальную интерпретацию показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству в зависимости от вида опухоли. Выбор вида хирургического вмешательства сугубо индивидуален. Это обусловлено характером, размерами и локализацией образования, наличием или отсутствием предшествующего лечения.</p>
13:20-13:30	<p>Персонализированный подход к лечению частичной атрофии зрительного нерва сосудистого генеза. Егiazарова А.Г., Шурыгина И.П. Резюме: Особое место среди офтальмологических патологий занимает неглаукоматозная атрофия зрительного нерва (НАЗН), что связано с тяжестью заболевания и высоким процентом (свыше 70%) снижения трудоспособности и инвалидности. В России в структуре первичной инвалидности на протяжении последних десятилетий НАЗН занимает третье ранговое место. Цель исследования автора – создать персонализированный подход к определению причинно-следственной связи прогрессирующего течения НАЗН и патологического истончения слоя нервных волокон зрительного нерва по данным оптической когерентной томографии.</p>

### Зал 3

Время	Название секции	Модераторы
12:00-13:30	<b>Секция 33. Оториноларингология 5. Отохирургия "Атрезия слухового прохода".</b>	<b>Проф. Диаб Х.М., проф. Косяков С.Я., проф. Полунин М.М.</b>
12:00-12:25	<p>Врожденная и приобретенная атрезия наружного слухового прохода. Хирургическое лечение.            Диаб Х.М., Назарян Д.Н., Кондратчиков Д.С., Пашинина О.А., Панина О.С.\</p> <p>Резюме: Приобретенная атрезия наружного слухового прохода — это редкое состояние, при котором медиальная часть наружного слухового прохода облитерируется соединительнотканым конгломератом. Представлен обзор серии случаев, описана этиология, патогенез и методы лечения этого состояния. В большинстве случаев атрезия формируется на конечной стадии грануляционного наружного отита, иногда вкупе с сопутствующей дерматологической патологией или без нее.</p> <p>Другой частой причиной этого состояния являются травмы височной кости, ушные операции, лучевая терапия или новообразования слухового прохода. Хирургическая тактика при приобретенной атрезии заключается, помимо иссечения атретической ткани, в применении кожных лоскутов и/или трансплантатов для покрытия оголенных участков костного отдела слухового прохода. Тем не менее наружный слуховой проход остается нестабильным и может произойти рецидив атрезии.</p>	
12:30-12:55	<p>Эндоскопическая хирургия уха у детей (наш опыт).            Полунин М.М., Кульмаков С.А.</p> <p>Резюме: Эндоскопическая хирургия имеет важное значение не только в ринологии, но и в современной отиатрии. Особенно она необходима при хирургических вмешательствах в барабанной полости, ячейках сосцевидной кости. В докладе представлен опыт авторов применения эндоскопической техники при операциях на ухе у детей</p>	
13:00-13:25	<p>Особенности хирургического лечения приобретенной атрезии и стеноза наружного слухового прохода. Возможности контроля и способы консервативной коррекции в раннем и отдалённом послеоперационном периоде.            Еремин С.А.</p> <p>Резюме: Способ хирургического лечения приобретенной атрезии наружного слухового прохода, включающий заушный разрез, отсепаровку кожи задней и передней стенки наружного слухового прохода, удаление фиброзной ткани атрезии, отличающийся тем, что кожу наружного слухового прохода отсепаровывают по границе атретических тканей, формируя кожный «мешок», который рассекают U-образным разрезом на стороне, обращенной</p>	

к задней стенке наружного слухового прохода, и формируют передний и задний лоскуты на питающей ножке, ткань атрезии удаляют до фиброзного кольца барабанной перепонки, расширяют просвет наружного слухового прохода с удалением части костного массива нижней стенки, а также передней и верхней стенок, сглаживая передний меатотимпанальный угол, после чего сформированные кожные лоскуты укладывают на переднюю и заднюю костные стенки наружного слухового прохода до барабанной перепонки.

## Зал 4

12:00-13:30	Секция 34. Челюстно-лицевая хирургия 1.	Академик РАН Кулаков А.А., проф. Яременко А.И., проф. Дробышев А.Ю., проф. Сельский Н.Е.
12:00-12:10	<p>Планирование ортогнатической хирургии в комплексном лечении пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна. Мохирев М.А., Волчек Д.А., Оспанова Г.Б., Мельников А.Ю. Резюме: Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – потенциально угрожающее жизни пациента дыхательное расстройство. Средние и тяжелые формы течения СОАС приводят к развитию избыточной дневной сонливости, расстройствам гемодинамики, нарушению обмена веществ и нестабильности сердечной деятельности. СОАС наблюдается у 7-9% среди населения старше 30 лет, превышая распространенность бронхиальной астмы. Основным показанием к хирургическим методам лечения пациентов с СОАС средней и тяжелой степени является некомплаентность к CPAP терапии – неинвазивной вспомогательной вентиляции легких аппаратом, поддерживающим постоянное положительное давление воздуха во время сна.</p>	
12:10-12:20	<p>Осложнения в ортогнатической хирургии. Дробышев А.Ю. Резюме: Современная медицина предлагает широкие возможности по устранению или исправлению досадных природных аномалий челюстно-лицевой области. Иногда для получения желаемого результата необходима лишь небольшая коррекция с помощью ортодонтологических устройств – брекетов, кап и т. д. Но зачастую дело куда серьезнее, и речь идет не только о косметических проблемах, но и о нарушении важнейших функций организма – жевания, дыхания, дикции. В таких случаях пациенту рекомендована ортогнатическая операция.</p>	
12:20-12:30	<p>Хирургия мигрени: оценка эффективности хирургической декомпрессии периферических ветвей тройничного нерва. Циненко Д.И., Мантаридис Д.В., Дикарев А.С. Резюме:</p>	
12:30-12:40	<p>Лечение пациентов с синдромом Eagle. Федосов А.В., Назарян Д.Н.</p>	

	<p>Резюме: Шилоподъязычный синдром, или синдром Eagle, - это общепринятое название для набора клинических симптомов, связанных с аномалиями размеров и положения шиловидного отростка височной кости . Основой патогенеза шилоподъязычного синдрома является не только удлинение отростка, но и патологическое его отклонение в медиально-заднем направлении в сочетании с утолщением и искривлением . По данным ряда авторов, длина шиловидного отростка может колебаться от полного отсутствия (с одной или обеих сторон) до сращения его верхушки с малым рожком подъязычной кости</p>
12:40-12:50	<p>Новый подход к лечению болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями головы и шеи. Юдин Д.К., Чукумов Р.М., Гетте С.А. Резюме: В докладе представлены данные по диагностике и системной фармакотерапии хронического болевого синдрома у онкологических больных. Дана характеристика отдельных анальгетиков, отмечены особенностям их применения в клинической практике паллиативной онкологии.</p>
12:50-13:00	<p>Реабилитация пациентов с параличами мимической мускулатуры. Орлова Е.В. Резюме: Паралич мимической мускулатуры лица - это отсутствие произвольных движений мимической мускулатуры, обусловленное поражением двигательных центров головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы. То есть, это заболевание, при котором часть лица «не работает». Паралич мимической мускулатуры всегда связан с нарушением проводимости импульса по лицевому нерву (VII пара черепно-мозговых нервов).</p>
13:10-13:30	<p>Синдром Крузона. Кнежевич М. (Испания). Crouzon's syndrome. Knezevic M. (Spain). Резюме: Синдром Крузона – деформация лицевой и мозговой части черепа, формирующаяся в период внутриутробного развития и передающаяся по наследству. Патология возникает достаточно редко, протекает тяжело и сопровождается аномальным преждевременным зарращением швов между черепными и лицевыми костями. Раннее закрытие черепных швов способствует ограниченному объему черепа и изменению формы головы. У больных нос приобретает крючковидную форму, нарушается слух и зрение. При поражении коронарного шва, идущего от одного уха к другому, возникают аномалии глазниц – они становятся выпуклыми. У больных изменяется высота лба и выраженность челюстной мускулатуры. Косметические уродства часто сочетаются с задержкой интеллекта или умственной отсталостью.</p>

## Зал 1

<b>13:45-15:15</b>	<b>Секция 35. Онкология 5. Комбинированное и комплексное</b>	<b>Проф. Титова В.А., проф. Бойко А.В., проф. Болотина Л.В.,</b>
--------------------	--	--

	<b>лечение рака головы и шеи.</b>	<b>д.м.н. Кобяков Г.Л., к.м.н. Черных М.В., к.м.н. Геворков А.Р.</b>
13:45-13:55	<p>Результаты многоцентрового исследования комбинированного лечения (ПХТ+операция+ПХТ) рака полости рта. Сукорцева Н.С., Решетов ИВ, Канер Д.В., Новожилова Е.Н., Агакина Ю.С., Самойлова С.И.</p> <p>Резюме: Применение системной полихимиотерапии одновременно с предоперационной лучевой терапией и различными физическими средствами радиомодификации, даже при выявлении радиорезистентности опухоли, позволяет существенно повысить эффективность комбинированного лечения и увеличить продолжительность жизни больных с местно-распространенным радиорезистентным раком полости рта.</p>	
13:55-14:05	<p>Онкологические результаты лечения метастатического рака гортани и гортаноглотки III-IV стадии. Решульский С.С., Виноградов В.В., Сивкович О.О.</p> <p>Резюме: В ходе работы проведен анализ результатов заживления раны у 84 больных раком гортани и гортаноглотки с IIIb и IVb стадиями. По гистологической структуре преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак (62,8%). В основной группе пациентам (43 человека) выполняли операцию в объеме ларингэктомии в стандартной или комбинированной модификации, а также шейную лимфодиссекцию, в послеоперационном периоде проводилась дистанционная гамма-терапия в суммарной очаговой дозе 40–45 Грей. В группу сравнения вошел 41 пациент, которым первоначально выполняли лучевую терапию, а затем проводили хирургическое вмешательство. При дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 40 – 46 Грей, в качестве первого этапа комбинированного лечения наблюдается высокий риск развития раневых инфекционно-воспалительных осложнений, который достигает 56,7% наблюдений. Среди этих пациентов наблюдаем низкий уровень трехлетнего безрецидивного течения болезни, имевший место в 56,1% наблюдений. Изменение последовательности реализации основных этапов комбинированного лечения больных раком гортани и гортаноглотки, при котором гамма-терапия переносится в послеоперационный период, сопряжено с уменьшением частоты раневых осложнений до 16,5%. При этом онкологическая результативность остается на таком же уровне.</p>	
14:05-14:15	<p>Перспективы развития метода электрохимиопорации опухолей на этапах лечения рака головы и шеи. Шевалгин А.А.</p> <p>Резюме: Хирургия занимает доминирующие позиции в лечении опухолей головы и шеи: рака щитовидной железы, слизистой полости рта, гортани. Химиотерапия и лучевое лечение, несмотря на высокий уровень развития, не могут претендовать на радикализм при этих новообразованиях, хотя и широко используются в сочетании с хирургическим методом в рамках комбинированного лечения.</p>	
14:15-14:25	<p>ФДТ опухолей головы и шеи. Ширяев А.А.</p>	

	<p>Резюме:</p> <p>Преведены результаты интраоперационной флуоресцентной диагностики с использованием эндоскопической системы для оценки качества проведения фотодинамической терапии (ФДТ) рака органов головы и шеи. Для проведения флуоресцентной диагностики использовалась эндоскопическая видеосистема. ФДТ проводили в максимуме накопления фотосенсибилизатора Се6 с помощью терапевтического лазера с длиной волны возбуждения 660 нм. Доза облучения ФДТ варьировалось от 20 до 100 Дж/см<sup>2</sup> в зависимости от стадии и локализации рака и болевых ощущений пациента.</p> <p>Видеосистема показала хорошие результаты в визуализации злокачественных образований правой стороны голосовых связок, трахеи, боковой поверхности языка и метастазов околоушной железы. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение фотосенсибилизатора в такой дозе является достаточной для селективного накопления препарата в патологических очагах по отношению к здоровым тканям, что может быть использовано для интраоперационного воздействия на ФДТ. Следовательно, интраоперационная флуоресцентная диагностика позволяет определить точную локализацию и границы опухоли и повышает эффективность ФДТ.</p>
14:25-14:35	<p>Вопросы безопасности и переносимости высокотоксичных схем химиотерапии при лечении рака головы и шеи.</p> <p>Агакина Ю.С.</p> <p>Резюме: Лечение злокачественных опухолей головы и шеи до настоящего времени остается сложным разделом онкологии, в котором найдены не все ответы на принципиально важные вопросы. Одним из наиболее эффективных методов консервативного лечения опухолей данной локализации является внутриартериальная химиотерапия. Проведены многоцентровые исследования, но место регионарной химиотерапии в структуре комбинированного лечения не определено и требует дальнейшего изучения. В обзоре представлена эволюция подходов и методов регионарной химиотерапии злокачественных опухолей головы и шеи.</p>
14:35-14:45	<p>Возможный алгоритм диагностики и лечения больных с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи из НПО.</p> <p>Черных М.В.</p> <p>Резюме: В докладе представлен обзор литературы по наиболее неизученной проблеме в онкологии опухолей головы и шеи диагностике и лечению пациентов с метастазами в лимфатические узлы шеи из НПО.</p>
14:45-14:55	<p>ЛТ рака орофарингеальной области — требуется ли смена приоритетов в условиях интенсивного системного бактериального вирусного воздействия?</p> <p>Титова В.А.</p> <p>Резюме: Орофарингеальный рак — это заболевание, при котором злокачественные (раковые) клетки образуются в тканях ротоглотки.</p> <p>Орофаринкс — это средняя часть глотки (горла), за рта. Фаринкс представляет собой полую трубкой длиной около 5 дюймов, которая начинается за носом и заканчивается там, где начинаются трахея (трубка) и пищевод (трубка от горла до желудка). Воздух и пища проходят через глотку на пути к трахее или пищеводу.</p>

14:55-15:05	<p>Портрет пациента как путь персонификации подходов к лечению опухолей головы и шеи. Геворков А.Р.</p> <p>Резюме: Лечение больных опухолями головы и шеи продолжает оставаться важной проблемой онкологии, которой посвящен целый ряд исследований. Актуальность проблемы обусловлена значительным числом больных со злокачественными опухолями данной локализации, при этом основной процент заболевших составляют лица, достигшие творческого расцвета, занимающие определенное социальное положение в обществе, обладающие значительным мастерством.</p>
15:05-15:15	Обсуждение.

## Зал 2

13:45-15:25	Секция 36. Офтальмология 3.	Академик РАН Тахчиди Х.П., проф. Катаев М.Г., проф. Аскерова С.М., д.м.н. Яровой А.А.
13:45-14:00	<p>Реконструкция внутреннего угла глаза при расщелине лица. Катаев М.Г.</p> <p>Резюме: Расщелины лица относятся к наиболее тяжёлому врождённому пороку по выраженности анатомических и функциональных нарушений в организме. Различные варианты расщелин лица входят в состав большого количества генетических синдромов, таких как синдром Пьера Робена, синдром Гольденхара, синдром I — II жаберных дуг, кардио-фациальный синдром, болезнь Дауна и многих других. Социальная адаптация ребёнка с расщелиной и формирование полноценной личности находятся в прямой зависимости от косметического и функционального результата лечения. Реабилитация этих пациентов предусматривает длительное и многоэтапное хирургическое и ортодонтическое лечение, а также логопедическую коррекцию.</p>	
14:00-14:15	<p>Клинические ошибки при лечении пациентов окулопластического профиля с сочетанной патологией слезной системы. Аскерова С.М.</p> <p>Резюме: Среди общей патологии глаза большим удельным весом обладают различные по этиологии первичные и индуцированные заболевания слезной системы, часто единственным симптомом которых является эпифора. Эпифора может появиться при патологии слезопroduцирующего аппарата и при непроходимости слезоотводящих путей на любом отрезке горизонтального и вертикального отделов или на всем их протяжении. Эффективность лечения патологии слезной системы зависит от точности определения уровня и распространенности патологического процесса, а также от технологии его устранения.</p>	
14:15-14:25	<p>Первичное эндопротезирование орбиты при энуклеации по поводу ретинобластомы: подходы в мире и первые 5 лет применения в России. Котельникова А.В., Яровой А.А., Ушакова Т.Л., Иванова О.А., Яровая В.А., Поляков В.Г.</p>	



	<p>Резюме: Ретинобластома (РБ) – самая распространенная злокачественная внутриглазная опухоль у детей в возрасте от момента рождения до 5 лет (1 на 15-20 тыс. живых новорожденных). Существуют локальные и системные органосохраняющие методы борьбы с РБ. Тем не менее, энуклеация нередко остается единственным методом лечения первичной РБ и выполняется преимущественно у детей, имеющих группы заболевания D и E. В ряде случаев удалению подвергаются глаза с РБ начальных стадий по причине резистентности опухоли к проводимому лечению или при развитии осложнений после лечения [7]. Важным является не только лечение и избавление от опухоли, но и этап дальнейшей реабилитации, при этом косметический эффект занимает лидирующую позицию в данном вопросе. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, англ. World Health Organization, WHO), главными критериями здоровья человека и населения является не только отсутствие болезней, но и состояние физического, психического и социального благополучия. Анофтальм, как известно, приводит к значительному косметическому дефекту. Глазница ребенка, по мере роста костей лицевого скелета, начинает отставать в развитии, возникает асимметрия объема. У детей повышается вероятность возникновения анофтальмического синдрома, который сопровождается рядом негативных последствий (уменьшение объема конъюнктивальной полости, глубокое расположение косметического протеза в глазнице, неудовлетворительная его подвижность, углубление верхней орбито-пальпебральной борозды, опущение верхнего и нижнего века) . В связи с этим, эндопротезирование глазницы – важный этап реабилитации пациентов с отсутствием глазного яблока.</p>
14:25-14:35	<p>Основные методы коррекции век при пальпебральном синдроме. Захарова М.А. Резюме:</p>
14:35-14:45	<p>Погрешности офтальмологического скрининга у пациентов с различной стадией дисбаланса слезной системы. Аскерова С.М., Дадашева А.Б. Резюме: Нарушение слезоотведения сопровождается эпифорой, слезостоянием и, как следствие, изменением структуры, снижением качества слезной пленки, ее локальным или полным разрушением. Вызванный этим аварийный выброс рефлекторной слезы дополняет возникший дисбаланс. В ходе доклада рассматриваются погрешности, которые возникают при скрининге дисбаланса слезной системы у пациентов на разных стадиях.</p>
14:45-14:55	<p>Клинический случай IgG4 ассоциированного заболевания в офтальмологии. Сложности междисциплинарного подхода. Клеянкина С.С., Шацких А.В., Яровой А.А. Резюме: IgG4-связанное заболевание - крайне редкое, характеризующееся воспалительной инфильтрацией различных органов с преобладанием IgG4-положительных плазмоцитов, фиброзом и повышением концентрации IgG4 в крови. Подходы к его терапии не оптимизированы, особенно в педиатрической группе пациентов.</p>
14:55-15:05	<p>Анализ результатов лечения рецидивирующих дакриоциститов у детей. Бирюкова Ю.Е. Резюме: Целью работы было изучение эффективности модифицированного</p>

	<p>способа хирургического лечения рецидивирующих дакриоциститов у детей путем бужирования носослезного канала с последующим его заполнением смесью вискоэластического раствора с антибиотиком для временной интубации. Способ лечения простой, малотравматичный и не требует использования специального инструментария.</p>
15:05-15:15	<p>Особенности хирургического лечения больных с хроническим дакриоциститом. Исаев Э.В., Егоров В.И., Исаев В.М. Резюме: Несмотря на развитие современных методов исследования и лечения дакриоциститы продолжают оставаться одной из актуальных проблем офтальмологии. Приобретенная патология слезного мешка и носослезного протока составляет от 13 до 35% среди причин эпифоры. Для выбора тактики лечения все больные с патологией вертикального отдела слезоотводящих путей должны быть осмотрены оториноларингологом. Прямая связь слезотечения с изменениями полости носа очевидна в связи с анатомо-топографическими особенностями слезоотводящей и ринологической систем. Тесное анатомическое соседство, идентичность слизистой оболочки полости носа и носослезного протока с переходом одной в другую, общее для них крово- и лимфообращение с наличием единого густого венозного сплетения не могут не предрасполагать к непосредственному распространению патологических процессов из полости носа на слезоотводящие пути.</p>
15:15-15:25	<p>Наш опыт эндоскопической декомпрессии глазницы Щербаков Д.А., Черемных Н.И. Резюме: Болезнь Грейвса – это прогрессирующее поражение мягких тканей глазницы и глаза, возникающее на фоне аутоимунных процессов в щитовидной железе. Использование эндоназального эндоскопического подхода открыло новые возможности в хирургии эндокринной офтальмопатии, преимуществами которого является малая инвазивность и отсутствие рубцов. Эндоназальная эндоскопическая декомпрессия глазницы с максимальным удалением медиальной и нижней стенок глазницы без вскрытия периорбиты является эффективным и безопасным методом эстетической коррекции умеренного выраженного экзофтальма у пациентов с фармакологически компенсированной офтальмопатией Грейвса.</p>

<b>Зал 3</b>		
<b>13:45-15:15</b>	<b>Секция 37. Оториноларингология 6. Отохирургия "Хирургия уха и латерального основания черепа".</b>	<b>Проф. Диаб Х.М., проф. Косяков С.Я., проф. Гаров Е.В.</b>
13:45-13:55	<p>Параганглиомы височной кости. Диаб Х.М., Нажмудинов И.И., Умаров П.У., Панина О.С. Резюме: Яремно-барабанная параганглиома – достаточно редкая опухоль, которая возникает из клеток нехромаффинных параганглиев, называемых</p>	

	<p>также гломусными тельцами. Параганглиомы могут быть обнаружены в различных органах и тканях, чаще всего это доброкачественные опухоли. Тем не менее, по данным литературы, даже через несколько лет после удачно проведенной операции в редких случаях может наблюдаться метастазирование. Практически все параганглиомы среднего уха или височной кости относятся к югулотимпанальным. Для верификации новообразований соответственно определенному гистологическому типу строения опухолей необходим сравнительный анализ данных морфологического исследования хирургических находок в сопоставлении с результатами лучевой диагностики. Цели исследования – определить клинико-морфологическую характеристику югулотимпанальных параганглиом, сравнить полученные результаты с данными лучевой диагностики и хирургическими находками.</p>
13:55-14:05	<p>Холестеатома пирамиды височной кости.          Диаб Х.М., Пашнина О.А., Панина О.С.          Резюме: Представлен клинический случай холестеатомы гигантских размеров с ростом в пирамиду височной кости как осложнение хронического гнойного среднего отита. Обращается внимание на важность диагностического поиска, возможности современных методов обследования при дифференциальной диагностике заболеваний среднего уха. Приведены данные предоперационного обследования, описан ход оперативного вмешательства, приведены фотографии операционной раны. Описан случай послеоперационного осложнения, особенности неврологического статуса пациента, тактика борьбы с осложнением.</p>
14:05-14:15	<p>Интраоперационная отоликворея. Применение техники облитерации паратимпанальных пространств.          Косяков С.Я.          Резюме: При проведении кохлеарной имплантации риск развития интраоперационной отоликвореи расценивается как крайне высокий у пациентов с кохлеарными мальформациями (общая полость, неполное разделение улитки 1-го типа) и аномалиями внутреннего слухового прохода (мальформация дна внутреннего слухового прохода, расширенный внутренний слухового прохода – более 8,5 мм в диаметре). В случае осуществления доступа к спиральному каналу через окно улитки для остановки ликвореи выполняют тампонаду окна улитки гемостатической губкой, вводят пробный электрод временного купирования отоликвореи.</p>
14:15-14:25	<p>Перспективы облитерации мастоидальных полостей у детей.          Чернова О.В., Русецкий Ю.Ю.          Резюме: Активный прогресс в области отохирургии открывает новые возможности для проведения минимально-инвазивных операций и позволяет существенно улучшить результаты лечения, однако ряд проблем остаются пока нерешенными, в том числе и у детей. Несмотря на общую положительную тенденцию использования эндоскопа в отохирургии, в педиатрической практике данные недостаточны и крайне противоречивы. Данные литературы показывают, что при определенных преимуществах существующие техники эндоскопической тимпанопластики далеки от совершенства и уступают по эффективности классическим микроскопическим методикам, что также обуславливает необходимость</p>

	дальнейших исследований в данной области.
14:25-14:35	<p>Использование эффекта параллакса в отохирургии. Кузьмин Д.М., Федотова А.А.</p> <p>Резюме: Непрерывное усовершенствование технического оборудования привело к эволюции визуализации хирургического поля, транслируя объемное изображение на экран монитора в ходе оперативного лечения. Но оценка влияния стереоскопического изображения, включающего в себя феномен параллакса, на интраоперационный процесс и рабочую нагрузку хирурга, до сих пор не изучены в полном объеме.</p> <p>Целью исследования была оценка влияния феномена параллакса, при работе в шлеме виртуальной реальности, на уровень «субъективной рабочей нагрузки» отохирурга.</p> <p>В результате исследования выявлено, что феномен параллакса, при вмешательстве на среднем ухе, положительно влияет на «суммарную рабочую нагрузку» отохирурга.</p>
14:35-14:45	<p>Адаптация методик тимпаноластики для эндоскопической отохирургии у детей: серии клинических наблюдений. Мейтель И.Ю., Русецкий Ю.Ю.</p> <p>Резюме: хронический гнойный средний отит (ХГСО) остается до настоящего времени одной из самых актуальных проблем современной отиатрии, особенно у детей. Повышение эффективности методов хирургии уха у детей продолжает оставаться крайне актуальной задачей здравоохранения. Единственным эффективным способом лечения ХГСО является хирургический. Несмотря на достижение значительного прогресса в реконструктивной отохирургии, в настоящий момент остается неразрешимым ряд проблем, особенно в педиатрической практике. Хирургическое лечение среднего отита в детском возрасте эффективно и перспективно, но необходимо совершенствование техники операции с учетом особенностей детского возраста. Очевидные преимущества эндоскопической хирургии создают предпосылки для ее успешного использования в одной из наиболее труднодоступных и анатомически сложных областей — на среднем ухе. Говоря об использовании эндоскопа на этапах отохирургии у детей, следует отметить, что публикаций, посвященных этому, относительно небольшое количество и они достаточно противоречивы, а дальнейшие исследования в этой области крайне актуальны.</p>
14:45-14:55	<p>Хирургические подходы в лечении объемных новообразований латерального основания черепа у детей. Самарин А.Е., Грачев Н.С., Озеров С.С., Полев Г.А., Калинина М.П., Бабаскина Н.В.</p> <p>Резюме: Объемные образования латерального основания являются относительно редкой патологией у детей. Их хирургическое лечение имеет ряд технических особенностей.</p> <p>Представлена группа пациентов разного возраста от 1,5 до 15 лет с объемными образованиями латерального основания черепа.</p>

	<p>Рассматриваются различные варианты хирургических доступов в зависимости от целей хирургического лечения, распространения, гистологии процесса, этапов системного контроля.</p> <p>Исследование показало, что необходимость использования доступов к латеральному основанию черепа относительно редко встречается у детей и сопряжено с определенными техническими сложностями и хирургическими рисками (повреждение важных нейро-васкулярных структур, послеоперационная ликворея). Однако, в ряде ситуаций, это может быть эффективной тактикой для повышения радикальности лечения.</p>
14:55-15:15	Обсуждение.

<b>Зал 4</b>		
<b>13:45-15:15</b>	<b>Секция 38. Челюстно-лицевая хирургия 2.</b>	<b>Член-корр. РАН Иванов С.Ю., проф. Бельченко В.А., проф. Лопатин А.В., проф. Сельский Н.Е.</b>
13:45-13:55	<p>Командная работа челюстно-лицевого хирурга, оториноларинголога и рентгенолога при обследовании, оперативном лечении и реабилитации больных с опухолями.</p> <p>Калакуцкий Н.В., Зубарева А.А., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Бубнова Е.В., Грачев Д.И.</p> <p>Резюме: Лечение больных опухолями головы и шеи продолжает оставаться важной проблемой онкологии, которой посвящен целый ряд исследований. Актуальность проблемы обусловлена значительным числом больных со злокачественными опухолями данной локализации, при этом основной процент заболевших составляют лица, достигшие творческого расцвета, занимающие определенное социальное положение в обществе, обладающие значительным мастерством.</p>	
13:55-14:15	<p>Новые возможности микроскопов для микрохирургической техники.</p> <p>Погорецкий К.А. (доклад при поддержке компании Rumex, баллы НМО не начисляются).</p>	
14:15-14:25	<p>Применение БТА в профилактике послеоперационных слюнных свищей.</p> <p>Утиашвили Н.И., Сипкин А.М., Мисиков В.К.</p> <p>Резюме: Слюнные свищи — узкие патологические ходы, соединяющие протоки больших слюнных желез с поверхностью кожи лица или полостью рта. С. с. могут образовываться в результате ранения слюнных желез и их протоков, как исход хрон. воспалительных процессов в слюнных железах — сиаладенита, сиалолитиаза — или гнойно-некротических процессов в окружающих слюнные железы тканях, а также как осложнение при оперативных вмешательствах в области слюнных желез. Наиболее часто встречаются С. с. околоушной железы, реже подчелюстной железы</p>	
14:25-14:35	<p>Комплексная реабилитация челюстно-лицевых больных.</p> <p>Калакуцкий Н.В., Вавилов В.Н., Петропавловская О.Ю., Калакуцкий И.Н.,</p>	

	<p>Садилаина С.В., Приходько В.И.</p> <p>Резюме: Реабилитация после челюстно-лицевых операций занимает значимую роль в стоматологической практике и несет в себе много сложностей не только со стороны восстановления функции и эстетики, но и требует психологической помощи пациентам. Чтобы был обеспечен комплексный подход к восстановлению качества жизни таких пациентов, необходимо совместное участие специалистов разного профиля. Реабилитационные мероприятия планируются еще до проведения операции и включают в себя миогимнастику, физиопроцедуры, медикаментозную подготовку и изготовление временных протезов, в случае необходимости, которые будут фиксироваться непосредственно после операции. При планировании вмешательства на челюстно-лицевой области необходимо учитывать обильную иннервацию и кровоснабжение этой зоны.</p>
14:35-14:45	<p>Кожно-фасциальный лоскут на перфоранте медиальной икроножной артерии - как метод при устранении дефектов твердого неба.</p> <p>Габайдулина А.А., Буцан С.Б., Салихов К.С., Большаков М.Н., Булат С.Г.</p> <p>Резюме: Изобретение относится к медицине, а именно к челюстно-лицевой хирургии, и предназначено для использования при устранении обширного дефекта твердого неба. Выполняют разрезы слизистой оболочки полости рта, отступив на 0,8-1,2 см от костных краев обширного дефекта твердого неба с обеих сторон, отсепааровывают и выкраивают два слизистых лоскута, которые опрокидывают к центру обширного дефекта твердого неба, сближают и фиксируют их между собой с помощью шовного материала. Доступ к реципиентным сосудам - лицевой артерии, лицевой и подподбородочной венам осуществляют через разрез кожи, подкожно-жировой клетчатки, собственной фасции шеи в поднижнечелюстной области, по верхней шейной складке. Выделяют и пересекают реципиентные сосуды. Формируют тоннель в подслизистом слое, идущий от мягкого неба далее параллельно крыловидно-нижнечелюстной складке по внутренней поверхности бокового отдела нижней челюсти кпереди от проекции переднего края жевательной мышцы в поднижнечелюстную область. На этапе предоперационной подготовки выполняют предварительную разметку проекции медиальной икроножной артерии, намечают необходимую форму и площадь кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата с учетом обширного дефекта твердого неба в реципиентной области. Диссекцию кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата на сосудистой ножке - медиальные икроножные артерия и вены начинают с переднего доступа. Проводят разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки вдоль медиальной границы кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата. Диссекцию проводят до обнаружения медиальной икроножной артерии. Затем рассекают фасцию голени, по ходу медиальной икроножной артерии выполняют ее освобождение от медиальной икроножной мышцы посредством внутримышечной диссекции. По ходу препарирования мелкие сосудистые перфоранты легируют и пересекают. Диссекцию продолжают в проксимальном направлении до уровня проекции подколенной ямки, где визуализируют устье медиальной икроножной артерии у подколенной артерии. Далее выполняют полуовальный разрез кожи, подкожно-жировой</p>

	<p>клетчатки и фасции голени с сохранением сосудистой ножки продлевают его в область латеральной границы кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата. Выполняют моделировку кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата на сосудистой ножке относительно площади и формы обширного дефекта твердого неба. Сосудистую ножку кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата в области подколенной артерии отсекают, предварительно лигируя. Послеоперационную рану в донорской зоне послойно ушивают. Сосудистую ножку кожно-фасциального медиального икроножного ауто трансплантата проводят через ранее сформированный в подслизистом слое тоннель в поднижнечелюстную область. Кожно-фасциальный медиальный икроножный ауто трансплантат на сосудистой ножке фиксируют в ранее сформированном воспринимающем ложе к слизистым лоскутам П-образными швами.</p>
14:45-14:55	<p>Роль динамической коррекции паралитического лагофтальма. Салихов К.С., Неробеев А.И., Висайтова З.Ю., Зухрабова Г.М. Резюме: Лагофтальм (от греч. lagoos заячий + ophthalmus глаз; синоним заячий глаз) - неполное смыкание век (зияние глазной щели), сопровождающееся высыханием роговицы и конъюнктивы (ксероз), и, как следствие, развитием в них хронических воспалительных и дистрофических процессов. Паралитический лагофтальм (ПЛ) обусловлен парезом [параличом] (нарушением иннервации) круговой мышцы глаза вследствие невropатии лицевого нерва (обусловленной, в свою очередь, различными этиологическими факторами).</p>
14:55-15:05	<p>Оценка функционального состояния мимических мышц в хирургии лицевого нерва. Польшина В.И. Резюме: При оценке функции лицевого нерва обращают внимание на симметричность глазных щелей и положение бровей, выраженность и равномерность лобных и носо-губных складок, расположение углов рта в покое, наличие тиков, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний мимических мышц при движениях. Для исследования больного просят наморщить лоб, нахмурить брови, плотно закрыть глаза, оскалить зубы, надуть щеки, вытянуть губы трубочкой, посвистеть, «задуть свечу».</p>
15:05-15:15	<p>Протезирование пациентов с реконструированными челюстями. Кялов Г.Г. Резюме: Современный хирург, специализирующийся по челюстно-лицевому профилю, во многом потерял способность удивляться тем вещам, которые еще несколько лет назад казались чудом – постановка имплантата в альвеолярный отросток давно стала обыденностью в челюстно-лицевой хирургии, равно как и шаблоны, которые многими специалистами используются для имплантации. Однако не только популярными приемами ограничивается мастерство челюстно-лицевого хирурга – создание условий для качественной установки имплантатов тоже является неотъемлемой частью мастерства.</p>

Время	Название секции	Модераторы
<b>13:45-15:15</b>	<b>Секция 39. Пациентская сессия. Международный союз пациентов.</b>	<b>Вострикова Ольга.</b>

<b>Зал 1</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>15:30-17:00</b>	<b>Секция 40. Телесеминар. "Аллергический ринит - визитная карточка атопии. Взгляд аллерголога и ЛОРа".</b>	<b>Проф., д.м.н. Гаращенко Т.И., д.м.н. Федоскова Т.Г.</b>
	<p>Резюме: Распространенность аллергического ринита в мире составляет 4-32%, в России от 12,7%-24%. Аллергический ринит – это хроническое заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного воспаления слизистой оболочки носа. Симптомы проявляются двумя и более симптомами, ежедневно в течение не менее часа. АР – атопическое заболевание, свидетельствующее о наличии семейной предрасположенности и «атопического статуса», сохраняющегося в течение всей жизни пациента. Диагноз АР базируется на АР: анамнезе, риноскопии, кожных пробах с аллергенами, лабораторные тесты (эозинофилы кров, в носовом секрете, определение IgE в носовом секрете), IgE в крови (общий, специфические), риноманометрия, назальные провокационные тесты, дополнительные методы.</p>	

<b>Зал 2</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>15:30-17:30</b>	<b>Секция 41. Офтальмология 4.</b>	<b>Академик РАН Тахчиди Х.П., проф. Шишкин М.М., проф. Акоюн В.С., проф. Кремкова Е.В.</b>
15:30-15:40	<p>Диабетический витреопапиллярный тракционный синдром. Особенности клиники и хирургического лечения. Шишкин М.М., Бабаева Д.Б.</p> <p>Резюме: Диабетический витреопапиллярный тракционный синдром (ВПТС) – проявление пролиферативной стадии диабетической ретинопатии (ПДР), которое приводит к снижению зрения и развитию нейрооптикопатии. Особенностью клинических проявлений ВПТС является нарастание тракционного компонента по мере формирования фиброваскулярного стебля (ФВС), как правило отсутствие гемофтальмов, раннее поражение папилломакулярного пучка. Под наблюдением находилось 70 пациентов с ПДР с наличием клинических проявлений ВПТС. Показанием к операции было появление</p>	



	<p>признаков нарастания тракционного компонента: увеличение числа парацентральных скотом, нарастание объема перипапиллярной ткани, «затягивание» макулы в формирующийся ФВС, снижение МКОЗ на 0,2-0,3. Всем пациентам была проведена микроинвазивная витрэктомия под контролем широкоугольной системы BIOM, с применением трехпортового доступа и инструментов калибра 25 G. В ходе ВРХ выполняли, мембранопилинг, эндолазеркоагуляцию сетчатки, эндотампонаду газозвоздушной смесью или силиконовым маслом.</p> <p>Результаты исследований свидетельствуют о том, что раннее выполнение ВРХ у пациентов с ВПТС останавливает дальнейшее прогрессирование пролиферативного процесса, предотвращает прогрессивное ухудшение зрительных функций. Динамический контроль с применением оптической когерентной томографии, кинетического В-сканирования и периметрии позволяет своевременно определить клинические проявления нарастания тракций по ходу формирующегося ФВС. Отсутствие признаков репролиферации в области диска зрительного нерва в отдаленном послеоперационном периоде подтверждает роль биомеханического фактора в патогенезе ПДР.</p>
15:40-15:50	<p>Двусторонний грибковый эндофтальмит. Клинический случай. Аванесова Т.А.</p> <p>Резюме: Актуальность проблемы микозов в последние десятилетия неуклонно нарастает. Возбудители микозов многочисленны (известно более чем 100000 видов микромицетов), а вызываемые ими заболевания разнообразны. Офтальмомикозы вызывают порядка 50 видов грибов, около 20 из них являются причиной эндофтальмитов, в том числе и послеоперационных</p>
15:50-16:00	<p>Макулярная толщина хориоидеи в популяции и факторы, на нее влияющие. Акопян В.С., Семенова Н.С.</p> <p>Резюме: В исследовании проводилась оценка толщины сосудистой оболочки у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) при помощи оптической когерентной томографии с увеличенной глубиной изображения (Enhanced Depth Image OCT). Установлено достоверное уменьшение толщины хориоидеи у пациентов с ВМД по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев аналогичного возраста. Достоверных различий между толщиной сосудистой оболочки у пациентов с сухой и влажной формами ВМД получено не было.</p>
16:00-16:10	<p>Оценка возможности выявления фибрина в глазу с помощью лазерных технологий. Кремкова Е.В., Новодережкин В.В., Рабаданова М.Г.</p> <p>Резюме:</p> <p>После проведения антиглаукоматозных операций нередко в глазу наблюдается фибринозная экссудация, приводящая к формированию эпиретинальных, трансквитреальных и циклитических контрактивных мембран с анатомическими изменениями в глазу. Лазерные технологии дают возможность решения этих проблем.</p> <p>Изучено 90 больных в возрасте от 41 до 83 лет с ПОУГ. Выявление и коррекция фибрина проводилась YAG-лазером «Оптимум».</p>

	<p>Предложенный метод обнаружения фибрина, значительно повысил результативность офтальмохирургических операций. Лазерное лечение ПОУГ по авторским методикам выявило их высокую клиническую эффективность.</p>
<p>16:10-16:20</p>	<p>Дислокация ИОЛ в витреальную полость: транссклеральная фиксация. Анисимова Н.С.</p> <p>Резюме: Если степень смещения интраокулярной линзы незначительная, то это чаще всего не влияет на остроту зрения и не требует повторной операции. Обычно причинами дислокации становится неправильное размещение линзы во время операции, интраоперационное повреждение связочно-капсулярного аппарата хрусталика, ассиметричное размещение гаптики линзы.</p> <p>Выраженное смещение ИОЛ встречается в 0,2-2,8% случаев. При этом требуется хирургическая коррекция и повторная операция. В связи с внедрением в клиническую практику методики факоэмульсификации, частота серьезной дислокации линзы возросла. Также имеются описания дислокации ИОЛ на фоне лазерной капсулотомии с применением Nd:YAG лазера.</p>
<p>16:20-16:30</p>	<p>Современные методы диагностики в офтальмологии: IT-технологии в глаукоматологии.</p> <p>Мовсисян А.Б., Куроедов А.В., Остапенко Г.А., Подвигин С.В., Рачинский Ю.А.</p> <p>Резюме:</p> <p>Наблюдающийся тренд увеличения заболеваемости глаукомой во всем мире, являющейся одной из основных причин снижения зрения, и поздняя постановкой диагноза при имеющихся выраженных изменений со стороны органа зрения определяет необходимость своевременной диагностики данного заболевания.</p> <p>Целью исследования было оценить эффективность диагностики глаукомных изменений искусственным интеллектом при оценке диска зрительного нерва и перипапиллярной сетчатки.</p> <p>По результатам исследования был сделан вывод о том, что использование IT-технологий в глаукоматологии является современным, эффективным и перспективным методом диагностики.</p>
<p>16:30-16:40</p>	<p>Частота встречаемости генетических изменений при центральных и периферических дистрофиях сетчатки в РФ.</p> <p>Иванова М.Е., Померанцева Е.А, Каймонов В.С., Миронова И.В., Коновалов Ф.А., Лознер Е.Р., Амплеева М.А., Демчинский А.М., Исаев А.А.</p> <p>Резюме:</p> <p>Моногенные заболевания сетчатки представляют собой группу из ~300 разнородных по клиническим проявлениям изолированных или синдромных заболеваний, которые объединены схожими механизмами развития – повреждением одного из звеньев фототрансдукции или целостности клеток фоторецепторов/вспомогательных клеток сетчатки.</p> <p>В рамках всероссийского эпидемиологического исследования, (NCT03901391 и ФПГ №19-2-010585) обследовано 220 пациентов.</p>

	<p>Поиск мутаций проводили методом полноэкзомного секвенирования на аппарате Illumina NovaSeq 6000 с использованием набора зондов SureSelect Human All Exon V7 (Agilent). Поиск протяженных делеций в генах проводили методом MLPA.</p> <p>По результатам полноэкзомного секвенирования и полученным данным наиболее частыми изменениями в генах при центральных и периферических дистрофиях сетчатки являются мутации в USH2A, ABCA4, EYS, RPGR, MYO7A и NR2E3 генах. С учетом особенностей технологий доставки к клеткам сетчатки, размера гена, количества изоформ белка и локализации транскрипции ведутся работы по разработке методов лечения самых распространенных форм дистрофий сетчатки.</p>
16:40-16:50	<p>Сравнительный анализ методов хирургического лечения макулярного разрыва.</p> <p>Крупина Е.А., Файзрахманов Р.Р., Павловский О.А., Ларина Е.А.</p> <p>Резюме:</p> <p>При лечении макулярных разрывов (МР) диаметром менее 400 мкм процент закрытия составляет 92-97%, а при диаметре разрыва от 500 мкм и более процент закрытия снижается до 50%. На сегодняшний день офтальмохирурги располагают значительным арсеналом методик для лечения МР. Тем не менее, каждая из существующих методик обладает определенными недостатками (сложная техника выполнения, необходимость дополнительного оборудования и др.).</p> <p>В исследование включен 31 пациент (31 глаз). Все пациенты были разделены на 3 группы. В первой группе (10 пациентов) в ходе операции, после витрэктомии удаляли внутреннюю пограничную мембрану (ВПМ) по стандартной технике. Во второй группе (10 пациентов) применяли технику закрытия макулярных разрывов без удаления ВПМ. В третьей группе (11 пациентов) операцию завершали интравитреальным введением богатой тромбоцитами плазмы ((Platelet Rich Plasma - PRP). Срок наблюдения - до 12 месяцев.</p> <p>В результате проведенного исследования в первой группе разрыв удалось заблокировать у 8 пациентов (80%), во второй и третьей группах удалось добиться анатомического закрытия разрыва в 100% случаев.</p> <p>Применение дополнительных методик в клинической практике позволило получить положительные анатомические результаты с восстановлением нормальной структуры макулярного интерфейса в зоне разрыва.</p>
16:50-17:00	<p>Отдаленные результаты применения лазерных технологий в лечении начальных стадий идиопатической эпиретинальной мембраны.</p> <p>Тахчиди Х.П., Касмынина Т.А. Тебина Е.П.</p> <p>Резюме:</p> <p>В процессе исследования производилась оценка некорригированной остроты зрения (НКОЗ), максимально корригированной остроты зрения (МКОЗ), центральной толщины сетчатки (ЦТС) (Heidelberg Engineering, Inc., Германия) и центральной светочувствительности (СЧ) сетчатки (MAIA, CenterVue, Италия). Разработанная комбинированная лазерная технология включает в себя проведение лазерной коагуляции по типу «решетки»; и курс микроимпульсного лазерного воздействия (3 сеанса с интервалом в 1 месяц). Лазерное лечение выполняли на лазерной установке IRIDEX 577 нм.</p>

	<p>Максимальный срок наблюдения пациентов - 5 лет.</p> <p>Разработанная технология комбинированного лазерного лечения И ЭРМ показала высокую эффективность по отношению к группе контроля и группе сравнения: увеличение зрительно-функциональных показателей - НКОЗ и МКОЗ, СЧ сетчатки, а также уменьшением показателей ЦТС.</p> <p>Безопасность в отношении структур сенсорной сетчатки отражается в увеличении показателей СЧ сетчатки в отдаленные сроки наблюдения.</p>
17:00-17:10	<p>Проведение анти-VEGF терапии в условиях тампонады силиконовым маслом.</p> <p>Кожухов А.А., Унгуриянов О.В., Семакина А.С.</p> <p>Резюме:</p> <p>Силиконовое масло (СМ) является эффективным эндотампонадным агентом в случаях, когда требуется длительное воздействие для восстановления анатомического прилегания сетчатки. Частота возникновения макулярного отека (МО) на фоне тампонады СМ составляет по данным литературы от 13,6% до 36,2%. В ряде случаев МО возникает до планируемого срока удаления СМ и требует анти-VEGF терапии.</p> <p>Таким образом, стало актуальным изучить введение анти-VEGF препарата Афлиберцепт в условиях силиконовой тампонады витреальной полости.</p> <p>В процессе исследования использование препарата Афлиберцепт в клинике показало высокую эффективность и положительную динамику изменения толщины фовеолярной зоны по данным оптической когерентной томографии и по результатам визометрии.</p> <p>Пациенты с силиконовой тампонадой требуют динамического наблюдения с целью раннего выявления и лечения МО. Интравитреальное введение препарата афлиберцепт в условиях силиконовой тампонады требует медленного проведения инъекции одним пузырьком. При интравитреальном введении препарат Афлиберцепт в условиях силиконовой тампонады обладает высокой биодоступностью, следовательно - эффективностью.</p>
17:10-17:20	<p>Новая антиглаукоматозная операция непроникающего типа в лечении больных с первичной открытоугольной и вторичной глаукомой.</p> <p>Казанцева А.Ю., Румянцева О.А., Корчуганова Е.А.</p> <p>Резюме:</p> <p>Исследование было направлено на оценку эффективности хирургической резекции склеры у пациентов с первичной открытоугольной и вторичной глаукомой.</p> <p>ХРС была проведена у 84 пациентов продвинутых стадий первичной открытоугольной и вторичной глаукомы.</p> <p>Проведенное клиническое исследование доказало эффективность непроникающей хирургической резекции склеры. Активизация увеосклерального пути оттока позволила улучшить показатели гидродинамики глаза: снизить повышенный офтальмотонус и увеличить КЛО внутриглазной жидкости. В процессе динамического наблюдения у всех пациентов наблюдалось сохранение зрительных функций. Следует отметить, что осложнений как во время, так и после хирургического вмешательства не наблюдалось.</p>

17:20-17:30	<p>Комбинированное лазерное лечение ретикулярных псевдодруз (клинический случай).</p> <p>Тахчиди Х.П., Касмынина Т.А., Тахчиди Е.Х., Глизница П.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Пациентка С., 70 лет. Диагноз: OD - ВМД, влажная форма, артификация. OS - ВМД, ретикулярные псевдодрузы, артификация. Visus OD =0,05 н/к, Visus OS = 0.9. Проведено мультимодальное исследование: мультиспектральное исследование «MultiColor» с использованием различных фильтров, спектральная оптическая когерентная томография и оптическая когерентная томография в режиме «En Face», компьютерная микропериметрия. Проведено лазерное лечение: OS – Непрерывная субпороговая лазеркоагуляция по типу «решетки» и 3 сеанса микроимпульсного лазерного воздействия.</p> <p>За 24 месяца наблюдения по данным оптической когерентной томографии в режиме «En Face» уменьшилось количество ретикулярных псевдодруз в центральной зоне в 2 раза. Максимально корригируемая острота зрения повысилась до - 1,0; улучшение средней величины светочувствительности сетчатки с 23,5 до 24,6 дБ.</p> <p>Предложенный алгоритм продемонстрировал эффективность и безопасность лазерного лечения у пациента с ретикулярными псевдодрузами. Требуется дальнейшее изучение предложенной технологии для профилактики развития поздних стадий возрастной макулярной дистрофии.</p>
-------------	---

<b>Зал 3</b>		
<b>15:30-17:00</b>	<b>Секция 42. Оториноларингология 7. Сурдология и реабилитация.</b>	<b>Проф. Диаб Х.М., проф. Зайцева О.В., проф. Косяков С.Я., проф. Гаров Е.В., проф. Полунин М.М., к.м.н. Мачалов А.С.,</b>
15:30-15:40	<p>Современный взгляд на кохлеарную имплантацию: расширение показаний. Диаб Х.М., Пашнина О.А., Кондратчиков Д.С., Аараби А., Панина О.С.</p> <p>Резюме: Кохлеарные импланты (КИ) представляют собой биомедицинские электронные устройства, обеспечивающие преобразование звуков в электрические импульсы с целью создания слухового ощущения путем непосредственной стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва (СН).</p> <p>Исследования в области электрической стимуляции (ЭС) слуховой системы насчитывают многие десятилетия, однако, лишь в течение последних 30 лет были разработаны имплантируемые устройства, предназначенные для длительной ЭС у человека.</p>	
15:45-15:55	<p>Гибридный маневр в лечении отолитолитиаза горизонтального полукружного канала.</p> <p>Воронов В.А., Полынцева А.С., Демиденко Д.Ю., Артюшкин С.А.</p> <p>Резюме: Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение</p>	

	<p>(ДППГ) – это одно из самых изучаемых и в то же время непонятных заболеваний в отоневрологии. Большой интерес доказывает значимость и актуальность проблемы. Считается, что ДППГ, как вариант изолированного течения, так и при сочетании различных центральных и периферических нарушений, является одной из самых частых причин головокружений в мире. В работе уделено внимание горизонтальному полукружному каналу, на основании данных литературы, и проведен анализ общемировой практики лечения поражения горизонтального полукружного канала (ГПК). Применили на практике комплексный метод лечения ГПК – Kurtzer Hybrid Maneuver. Данный маневр может быть рекомендован к выполнению при лечении ДППГ горизонтального полукружного канала наравне с уже существующими и подтвердившими свою эффективность маневрами. Основопологающим в лечении продолжает оставаться квалификация врача и правильный подход прежде всего к диагностике ДППГ и состояний, которые привели к выпадению отолитовых фрагментов.</p>
16:00-16:10	<p>Реабилитация пациентов с шумом в ушах. Левина Е.А., Вяземская Е.Э., Левин С.В., Корнеенков А.А., Астащенко С.В., Воронов В.А., Демиденко Д.Ю. Резюме: Ушной шум –слуховые ощущения, возникающие без присутствия внешнего звука. Это состояние оказывает разрушительное влияние на психологическое состояние человека, качество его жизни. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что все методики лечения и реабилитации шума в ушах имеют свои уникальные преимущества и ограничения. Учитывая разнообразие этиологических и патофизиологических механизмов развития ушного шума, существование единого метода терапии ушного шума остается сомнительным. Тем не менее, наиболее перспективным представляется комбинированный подход при лечении ушного шума. Он включает в себя сочетание симптоматической медикаментозной терапии, методов акустической маскировки и психотерапевтических методик. Руководствуясь принципами доказательной медицины, необходима разработка базового алгоритма терапевтических мероприятий, достаточно надежных для использования в клинической практике. Использование более надежной методологии с четко определенными контрольными группами, а также рандомизация клинических исследований в будущих исследованиях повысит результативность лечения ушного шума.</p>
16:15-16:25	<p>Аудиологическая тренировка при выработке условно-двигательной реакции. Пудов В.И., Пудов Н.В., Зонтова О.В. Резюме: Результатом реализации медико-технического и психолого-педагогического аспектов реабилитации детей с нарушенным слухом после кохлеарной имплантации является улучшение их реабилитационного потенциала и интеграция в общество при использовании естественного слухоречевого поведения. Задачи и содержание работы включало разработку и апробацию компьютерной программы для тренировки выработки условно-рефлекторной реакции ребенка на тональные сигналы, подаваемые специально</p>

	<p>разработанной программой различной частоты и громкости.</p> <p>Для сравнения результатов предложенной методики использовались медицинские методы оценки качества настройки: субъективный – аудиометрия в свободном звуковом поле, педагогическое тестирование, объективный – регистрация телеметрии нервного ответа. По итогам примененного метода проводилась коррекция настроек процессора детей после кохлеарной имплантации.</p> <p>Результаты показали, что предложенный метод выработки и подкрепления условно-рефлекторной двигательной реакции на звук способствует быстрой ее выработке, поддержанию в течение длительного времени, оптимизации настроек системы кохлеарной имплантации и проведении возможного тестирования и сравнения качества настроек при применении аудиометрии в свободном звуковом поле. В результате чего у детей отмечается положительная динамика в слухоречевом развитии, что способствует повышению их реабилитационного потенциала</p>
16:30-16:40	<p>Использование музыки в реабилитации детей с нарушенным слухом для формирования их устной речи.</p> <p>Зонтова О.В., Пудов В.И., Зонтов В.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Формирование устной речи детей с нарушенным слухом – сложная многогранная система специальных мероприятий. В данном процессе используются различные средства, стимулирующие устную речь детей, в том числе: вспомогательные средства обучения и коммуникации.</p> <p>Задачи и содержание работы включало разработку и апробацию серии заданий по «запуску» речи у детей с нарушенным слухом и после кохлеарной имплантации при использовании специальных музыкальных композиций.</p> <p>Результаты показали, что предложенная серия заданий для первоначального формирования и дальнейшего развития устной речи детей с нарушенным слухом при использовании специально разработанных музыкальных композиций способствует активизации устной речи детей, повышая их реабилитационный потенциал.</p>
16:45-16:55	<p>Клинические проявления фиброзной дисплазии височной кости у пациентки среднего возраста.</p> <p>Зубарева А.А., Бобошко М.Ю., Сопко О.Н., Бервинова А.Н.</p> <p>Резюме: Фиброзная дисплазия костей черепа – это редкое генетическое заболевание, которое характеризуется в окостенении структуры связок, мышц и сухожилий в пораженных местах, в то время как клетки кости замещаются рыхлой фиброзной тканью. Очаги поражения могут возникать в любой части скелета. Локально болезнь может поражать как одну кость, так и несколько.</p>
16:55-17:00	Обсуждение.

<b>Зал 4</b>		
<b>15:30-17:00</b>	<b>Секция 43. Челюстно-лицевая хирургия 3.</b>	<b>Член-корр. РАН Байриков И.М.,</b>

		<b>проф. Медведев Ю.А., проф. Дробышев А.Ю., к.м.н. Чукумов Р.М., prof. Knezevic M. (Spain).</b>
15:30-15:40	Современная тактика лечения переломов головки мышцелкового отростка нижней челюсти. Ахтямов Д.В., Сипкин А.М. Резюме: Хирургическое лечение переломов мышцелкового отростка нижней челюсти относится к одному из самых сложных разделов травматологии челюстно-лицевой области. Это связано с трудностями подхода к мышцелковому отростку, не позволяющего свободно манипулировать с отломками, его малыми размерами, ограничивающими наложение фиксирующей конструкции, опасностью повреждения крупных сосудов и нервов, возрастающей при переломах с вывихом головки нижней челюсти. Для лечения переломов мышцелкового отростка предложено большое количество способов репозиции, остеосинтеза, реплантации, которые позволили улучшить результаты лечения, сократили число осложнений и сроки реабилитации.	
15:40-15:50	Хирургическое лечение пациентов с патологией ВНЧС. Захаров Г.К. Резюме: Хирургическое лечение проводится при острых гнойных артритах, синовитах височно-нижнечелюстного сустава, абсцессах и флегмонах мягких тканей, окружающих сустав, деформирующих артрозах, не поддающихся консервативному лечению, фиброзных и костных анкилозах сустава, привычных вывихах, опухолях. Из существующих видов подхода к суставу наиболее косметичным (хотя технически сложно выполнимым) является разрез по Рауэру. Этот разрез имеет длину 3 см, проходит по нижнему краю скуловой дуги и заканчивается, не доходя до козелка уха 1—1,5 см. Такой же длины разрез проводят от конца первого разреза перпендикулярно вниз, Образованный двумя разрезами треугольный лоскут отпрепаровывают и отводят кнаружи. Отсекают от скуловой кости часть жевательной мышцы, после чего доступ к суставу свободен.	
15:50-16:00	Артроскопия ВНЧС. Шипика Д.В., Дробышев А.Ю. Резюме: Артроскопия ВНЧС – лечебно-диагностическая манипуляция, в ходе которой проводится исследование височно-нижнечелюстного сустава с использованием артроскопического оборудования. Осуществляется при внутренних нарушениях ВНЧС, сопровождающихся изменением взаимоотношений между суставными поверхностями, болевым синдромом, разрастанием соединительной ткани или наличием флотирующих тел. Артроскопия ВНЧС позволяет диагностировать спайки, перфорации и разрывы диска, воспаление и внутрисуставные тела. По показаниям выполняют биопсию, производят иссечение спаек, обработку суставных поверхностей, удаление свободно лежащих тел, подшивание диска.	
16:00-16:10	Хирургическое лечение опухолей основания черепа с реконструкцией ВНЧС. Чукумов Р.М., Ильин М.В., Сипкин А.М., Окшин Д.Ю., Остаев Ю.А., Черкаев В.А., Назаров В.В., Спирин Д.С.	



	<p>Резюме: Реконструкция височно-нижнечелюстного сустава является одной из актуальных проблем современной черепно-челюстно-лицевой хирургии. Лечение травматических и врожденных деформаций лицевого скелета, опухолей черепно-лицевой локализации с распространением в область ветви нижней челюсти и основания черепа, анкилоза височно-нижнечелюстного сустава, ставят перед хирургом задачи восстановления анатомической формы и функции сустава, а так же окклюзионных взаимоотношений верхней и нижней челюстей. Для решения поставленных задач разработано большое количество костно-пластических методов реконструкции височно-нижнечелюстного сустава с применением методов остеотомий ветви и тела нижней челюсти в сочетании с методами ауто - и аллотрансплантации . Однако, большинство разработанных методов, не решает в полном объеме задач, стоящих перед хирургами при возникновении дефектов в области височно-нижнечелюстного сустава. Применяемые в большинстве случаев методы ауто - и аллотрансплантации не позволяют восстановить сложную геометрически-пространственную конфигурацию сочленяющихся поверхностей сустава, кроме этого, применяемые при этом виды трансплантатов, подвержены высокому риску отторжения.</p>
16:10-16:20	<p>Тотальное эндопротезирование ВНЧС с применением 3D-печати. Епифанов С.А., Штемпель М.С., Шомин Е.А.</p> <p>Резюме: Применение тотальных эндопротезов височно-нижнечелюстного сустава показано при устранении анкилозов сустава, врождённых деформаций лицевого скелета, сопровождающихся аномалией сустава, а так же при доброкачественных опухолях нижней челюсти с распространением опухолевого процесса на суставную головку и основание черепа. ... Ограничение боковых движений нижней челюсти, сохраняющееся после эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава, является следствием отсутствия соединения головки эндопротеза с латеральной крыловидной мышцей, что в настоящее время непреодолимо из-за конструктивных особенностей применяемых эндопротезов.</p>
16:20-16:30	<p>Лечение пациентов с дисфункцией ВНЧС с применением нейромышечной стоматологии. Снегирев Л.А., Ронкин К.З., Шварцман И.</p> <p>Резюме: Сегодня, когда современные стоматологические материалы и технологии предоставляют нам возможность восстанавливать зубы пациента не только функционально, но и эстетически, создание идеальной окклюзии является неотъемлемой частью успешного лечения. Важным фактором нашей способности успешно решать большинство проблем, связанных с неправильным прикусом, является и нынешний уровень развития нейромышечной стоматологии.</p>
16:30-16:40	<p>Применение ботулотоксина типа А при лечении прозопалгии на фоне мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Шахметова О.А.</p> <p>Резюме: За последние десятилетия накоплен достаточно большой практический опыт экспериментального и клинического применения ботулинического токсина типа, А (БТА) в лечении болевого синдрома в области головы и шеи, коррекции гипертонуса жевательных мышц. Это</p>

	<p>послужило стимулом к развитию принципиально нового направления — использования БТА в нейростоматологии.</p>
16:40-16:50	<p>Выбор метода оперативного лечения пациентов с переломами нижней стенке глазницы. Глязер И.С. Резюме: В результате роста числа техногенных катастроф, криминальных разборок и дорожно-транспортных происшествий (ДТП) за последнее время количество пострадавших с переломами скуловой кости увеличилось и составляет от 20% до 37,5% всех повреждений челюстно-лицевой области. Травмы скулоорбитального комплекса характеризуются разрушением стенок верхнечелюстного синуса, нижней и наружной стенки орбиты, скуловой кости, сочетаясь с повреждением глазного яблока, его вспомогательного аппарата и мягких тканей лица. Смещение костных фрагментов, формирование мелкооскольчатых переломов нижней стенки орбиты приводят к деформации глазницы, пролапсу ее содержимого в верхнечелюстную пазуху с ущемлением нижней косой мышцы глаза и развитию ограничения подвижности глазного яблока, диплопии, гипо- и энофтальма. Тяжелые травмы средней зоны лица приводят не только к анатомо-функциональным нарушениям, но и к значительному обезображиванию пациента, тяжелым психическим нарушениям, социальной дезадаптации и инвалидизации больных трудоспособного возраста</p>
16:50-17:00	Обсуждение.

31 мая 2020 г., воскресенье

9:00-12:00	<p>Регистрация на сайте <a href="http://headneckcongress.ru">headneckcongress.ru</a></p> <p>INTRO конгресса –</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Видеоролик 2019 года.</li><li>2. "В ординаторской с Экспертом".</li><li>3. + обзор сайта и выставки.</li></ol>
------------	---

## Зал 1

12:00-13:30	<p><b>Секция 44.</b></p> <p><b>VI Международная конференция</b></p> <p><b>"Инновационные подходы и технологии для биомедицинских приложений (ICTVA-2020)".</b></p> <p><b>Сопредседатели:</b></p> <p><b>академик РАН Гуляев Ю.В.,</b></p> <p><b>prof. Paolo Di Nardo (Italy).</b></p> <p><b>Сессия 1 «Радиофизические методы в биомедицине».</b></p>	<p><b>Академик РАН</b></p> <p><b>Гуляев Ю.В.,</b></p> <p><b>проф. Паоло Ди Нардо</b></p>
12:00-12:10	<p>Внедрение регенеративной медицины в клиническую практику. Паоло Ди Нардо (Италия). Bringing the Regenerative Medicine to the Clinic. Paolo Di Nardo (Italy). Резюме: Регенеративная медицина — восстановление пораженной болезнью или поврежденной (травмированной) ткани с помощью активации эндогенных стволовых клеток или с помощью трансплантации клеток (клеточной терапии). Регенеративная медицина формируется на стыке биологии, медицины и инженерии. В рамках доклада было освещены пути внедрения регенеративной медицины в клиническую практику медицинских центров.</p>	
12:15-12:25	<p>О возможности применения мощных электромагнитных импульсов для обеззараживания биологически загрязненных объектов. Гуляев Ю.В., Черепенин В.А. About the possibility to apply high power electromagnetic pulses for disinfection of biologically contaminated objects. Yu. V. Gulyaev, V.A. Cherepenin. Резюме: Предлагается использовать для обеззараживания биологически загрязненных объектов электромагнитные импульсы с большой напряженностью поля и длительностью в наносекундном диапазоне. Разработка и применение, наряду с известными термическими, химическими, радиационными, фильтрационными методами стерилизации, нового физического метода для обработки продуктов питания, медицинских инструментов и средств защиты может оказаться весьма эффективным в условиях эпидемий и пандемий. Предлагаемый электромагнитный метод выгодно отличается от других способов коротким периодом воздействия и отсутствием долговременных побочных эффектов (вкусовые качества продуктов питания не меняются, разрушения или частичного изменения</p>	

	свойств материалов не происходит).
12:30-12:40	<p>Новая методика радиочастотного нагрева поверхностных опухолей. Решетов И.В., Макаров В.Н., Мирошник В.И., Махов М.А., Боос Н.А., Шевалгин А.А., Кудрин К.Г. New technique for radiofrequency heating of surface tumors. I.V. Reshetov, V.N. Makarov, V.I. Miroshnik, M.A. Makhov, N.A. Boos, A.A. Shevalgin, K.G. Kudrin.</p> <p>Резюме: При радиочастотной абляции (РЧА) обычно имеют дело с опухолями шаровидной или эллипсоидной формы, для которых требуются тепловые поля аналогичной формы, перекрывающие по своим внешним размерам размеры конкретных опухолей. Для поверхностных опухолей требуется «блинообразная» форма теплового поля, причём толщина такого блина может достигать 15-20 мм, а диаметр-50-60 мм. Создать такое поле можно с помощью внесения изменений в конструкцию электродов для монополярной абляции. Разработанные образцы электродов для абляции плоских опухолей были использованы в ряде операций для терапии злокачественных новообразований шеи и подтвердили свою эффективность.</p>
12:45-12:55	<p>Биосовместимые наноматериалы на основе диоксида кремния. Белянин А.Ф., Багдасарян А.С., Сергеева Н.С., Багдасарян С.А., Павлюкова Е.Р. Biocompatible nanomaterials based on silicon dioxide. A.F. Belyanin, A.S. Bagdasaryan, N.S. Sergeeva, S.A. Bagdasaryan, E.R. Pavlyukova.</p> <p>Резюме: Исследовано взаимодействие микрочастиц порошков опаловых матриц (правильных упаковок шаровых наночастиц аморфного SiO<sub>2</sub>) и гейзерита (природного аналога опаловых матриц) с клеточными системами.</p>
13:00-13:10	<p>Направленная генерация импульсного рентгеновского излучения при лазерном облучении материалов на основе опаловых матриц. Белянин А.Ф., Багдасарян А.С., Багдасарян С.А., Павлюкова Е.Р. Directed generation of pulsed X-ray radiation under laser irradiation of the materials based on opal matrixes. A.F. Belyanin, A. S. Bagdasaryan, S.A. Bagdasaryan, E.R. Pavlyukova</p> <p>Резюме: В рамках доклада рассмотрены особенности генерации импульсного рентгеновского излучения при лазерном облучении материалов. В ходе доклада рассмотрены конкретные примеры, а также примеры генерации рентгеновского излучения при лазерном облучении материалов на основе опаловых матриц.</p>
13:15-13:25	Обсуждение.

## Зал 2

<b>12:00-13:30</b>	<b>Секция 45. IV Круглый стол "Актуальные вопросы хирургии гортани и трахеи у детей и взрослых 1" им. проф. Зенгера В.Г.</b>	<b>Проф. Карпищенко С.А., проф. Солдатский Ю.Л., проф. Рябова М.А., д.м.н. Базаров Д.В.</b>
12:00-12:10	<p>Симультанные и комбинированные операции у больных с заболеваниями трахеи. Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Боранов Э.В., Пряников П.Д., Выжигина М.А., Кавочкин А.А., Кабаков Д.Г., Титова И.В.</p> <p>Резюме: Лечение пациентов с поражениями трахеи и сопутствующими заболеваниями либо местно распространенным опухолевым процессом на шее остается трудной задачей современной медицины. В процессе исследования был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 30 больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями трахеи, которым выполнены симультанные и комбинированные операции. В целом благоприятные непосредственные и отдаленные результаты, при которых выздоровление или улучшение достигнуто у 25 больных (84%) свидетельствует о высокой эффективности и безопасности симультанных и комбинированных операций при лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний трахеи.</p>	
12:15-12:25	<p>Опыт применения чрескожной дилатационной трахеотомии у реципиентов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Долгов О.И., Карпищенко С.А., Угринович Е.В., Голощапов О.В., Щербаков А.А., Клементьева Р.В., Моисеев И.С., Кулагин А.Д.</p> <p>Резюме: Методики постановки трахеостом бывают открытые (трахеотомия/трахеостомия) и дилатационные (чрескожная по Ciaglia 1985, чрескожная по Griggs 1990, ретроградная трансларингеальная по Fantoni 1996 и чрескожная балонная по Zogda 2005). Преимущества чрескожной дилатационной трахеотомии (ЧДТ): сокращение времени вмешательства, возможность ее выполнения у постели пациента, относительная простота выполнения процедуры, снижение стоимости операции. В период с 2015 по 2020 год в Институте онкологии им. Р. М. Горбачевой было выполнено 29 плановых ЧДТ у 28 пациентов. Операции выполнялись по методу Griggs. Медиана возраста составляла 37 лет. Из 28 пациентов 12 были женщинами, 16 – мужчинами.</p>	
12:30-12:40	<p>Малоинвазивное хирургическое лечение рубцовых стенозов гортани и трахеи. Рябова М.А., Улупов М.Ю. Малкова М.Е.</p> <p>Резюме: Лечение Рубцову стенозов гортани и трахеи является сложной задачей в виду необходимости осуществлять вентиляцию больного в районе хирургического вмешательства, эндоскопического доступа, склонности болезни к рецидивированию.</p>	

	<p>Варианты хирургического лечения стенозов гортани и трахеи: ларинготрахеальная резекция с формированием анастомоза, ларинготрахеопластика в сочетании со стентированием и эндоскопические методы лечения. Критерии успешного лечения: отсутствие необходимости повторного вмешательства, деканюляция.</p>
12:45-12:55	<p>Выбор лечебной тактики при распространенных формах рецидивирующего респираторного папилломатоза.  Портнов Г.В., Рябова М.А., Улупов М.Ю.  Резюме:  Актуальность доклада обусловлена тем, что поражение дыхательных путей встречается у 2-29% случаев РРП, 9% среди детей с РРП. Выявляется у 90% конюленосителей. Малигнизация РРП в среднем в 2% случаев. Малигнизация процесса в легких составляет 16%. В ходе доклада была рассмотрена шкала Derkay и примеры оценки поражения с ее использованием. Методы лечения распространенных форм РРП можно разделить на два типа: местное лечение и системное лечение. Местное лечение проводится двумя способами: хирургическим и инъекционным, аппликационным. Если рассматривать хирургический метод, то здесь стоит выделить проведение прямой опорной/подвесной микроларингоскопии и эндоскопический доступ через трахеостому или через рот.</p>
13:00-13:10	<p>Феминизация голоса. Наш опыт.  Будейкина Л.С., Пряников П.Д., Полев Г.А., Хизниченко В.В., Слуцкая А.В., Двинаина М.О., Горбунов С.А., Свистушкин М.В., Миндлин С.Н.  Резюме:  Голос является важной отличительной чертой для транссексуала, это крайне необходимо для того, чтобы принять свою новую гендерную идентичность. Гормональная терапия не влияет на высоту голоса транссексуала (от мужчины к женщине), как это происходит у пациентов - от женщины к мужчине. Поэтому выполняется хирургическое вмешательство для увеличения высоты голоса.  В период с марта 2018 года по август 2019 года было проведено хирургическое лечение 4 пациентам с расстройством гендерной идентичности.  В условиях эндотрахеального наркоза уменьшение площади голосового пространства проводилось путем наложения швов в области передней комиссуры на <math>\frac{1}{2}</math> - <math>\frac{1}{3}</math> размера голосовой складки. Дальнейшее лечение пациентов заключалось в голосовом покое с последующим привлечением фонопеда. Полные результаты были достигнуты у 2 пациентов. Период наблюдения составил 9 месяцев.  Эндоларингеальная хирургия у людей с расстройством гендерной идентичности является глобальной проблемой в современной медицине, перед которой стоит огромное количество задач для решения.</p>
13:10-13:30	Обсуждение.

Время	Название секции	Модераторы
<b>12:00-13:30</b>	<b>Секция 46. Оториноларингология 8.</b>	<b>Проф. Русецкий Ю.Ю., к.м.н. Полев Г.А., к.м.н. Асманов А.И., к.м.н. Сагателян М.О.</b>
12:00-12:10	<p>Морфологические и микологические исследование миндалин у больных хроническим тонзиллитом. Усмонова Н.А., Касимов К.К.</p> <p>Резюме: Микроскопическое и культуральное исследования являются одним из методов в диагностике хронического тонзиллита при грибково-бактериальном инфицировании.</p> <p>При лечении больных хроническим тонзиллитом грибково-бактериальной этиологии применяли бактерицидно противогрибковую пасту, в состав которой входили как противогрибковые, так и противобактериальные средства.</p> <p>Применение бактерицидно-противогрибковой пасты при лечении больных хроническим тонзиллитом является эффективным методом, так как дает возможность образования в миндалинах депо лекарственных препаратов на длительный период.</p>	
12:10-12:20	<p>Современные представления о лечении и профилактике острых рецидивирующих средних отитов у детей (обзор клинических рекомендаций). Сотникова Л.С., Русецкий Ю.Ю.</p> <p>Резюме: Частота заболеваемости в структуре заболеваний уха составляет 65-70%. Пик заболеваемости ОСО приходится на возраст 6 месяцев до 2-х лет. По данным мировой статистики дети до трех лет заболевают острым средним отитом более чем в 70%. В ходе доклада освещены предрасполагающие факторы к заболеванию, диагностика РОСО, а также схема антибактериальной терапии и симптоматической терапии.</p>	
12:20-12:30	<p>Место объективной диагностики нарушений функции носового дыхания при планировании ринохирургических вмешательств. Будковая М.А.</p> <p>Резюме: В процессе исследования была изучена клиническая информативность современных методов объективной диагностики нарушений функции носового дыхания и выбраны наиболее эффективные подходы для коррекции назальной обструкции.</p> <p>Объективная оценка функции носового дыхания, основанная на комплексном анализе данных ПАРМ, резистометрии и акустической риномерии, является информативным методом обследования пациентов с субъективной назальной обструкцией. Реализация данного диагностического подхода в сочетании с компьютерной томографией околоносовых пазух и визуальным эндоскопическим контролем состояния внутриносовых структур позволяет наиболее точно установить основные причины нарушения дыхательной функции носа, определить объем необходимого оперативного</p>	

	<p>лечения для достижения хорошего функционального результата как при планировании первичных ринохирургических вмешательствах, так и при проведении повторного оперативного лечения.</p>
12:30-12:40	<p>Взгляд на синоназальную патологию у пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ.  Бабаев С.Ю., Красильникова С.В., Козаренко Е.А., Елисеева Т.И., Шахов А.В.  Резюме:  Взаимосвязь между аллергическим ринитом и астмой хорошо изучена. Общеизвестно, что до 90% аллергических астматиков имеют ринит, а одна треть пациентов с аллергическим ринитом страдает астмой. Следует отметить, что участие слизистой носа при бронхиальной астме не ограничивается только этим заболеванием, о чем свидетельствует ограниченное число исследований, в которых обнаружены более выраженные проявления синоназальных симптомов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).  В нашем исследовании мы оценивали синоназальные симптомы, признаки и связанное с риносинуситом качество жизни.  Мы показали, что как у аллергических, так и у пациентов с ХОБЛ наблюдались более выраженные носовые симптомы, что сопровождалось значительным ухудшением их качества жизни. В то время как важность лечения синоназальной патологии у пациентов с бронхиальной астмой общепринята, пациенты с ХОБЛ, вероятно, будут нуждаться в лечении носовой патологии из-за неосознанности воспаления верхних дыхательных путей. Дальнейшие исследования назальной патологии у больших групп пациентов с ХОБЛ являются обязательными, о чем свидетельствуют результаты нашего исследования. В заключение мы показали, что как аллергическая патология, так и ХОБЛ были связаны со значительным синоназальным воспалением и симптомами, мешающими качеству жизни этих пациентов. Это поднимает важный вопрос учета синоназального воспаления при диагностическом и терапевтическом подходе у пульмонологических пациентов.</p>
12:45-12:55	<p>Реабилитация ринохирургических пациентов с использованием физиотерапевтических способов воздействия.  Пустовит О. М.  Резюме:  Цель исследования – повысить эффективность репаративных процессов слизистой оболочки полости носа после септопластики и подслизистой вазотомии нижних носовых раковин путем воздействия на нее 0,9% раствора хлорида натрия, кавитированного низкочастотным УЗ, и фотохромотерапии (видимый синий свет <math>\lambda</math>- 450 нм).  Применение 0,9% раствора хлорида натрия, кавитированного низкочастотным ультразвуком, у ринохирургических больных способствует стимуляции репаративных процессов слизистой оболочки полости носа, а также укорочению сроков ее функционального восстановления (21 сутки</p>



	<p>после операции против 1 месяца при традиционном лечении). Применение данного метода позволило к 21 суткам после операции значительно улучшить показатели транспортной функции слизистой оболочки полости носа (<math>19,70 \pm 3,48</math> минут против <math>27,42 \pm 4,21</math> минут в группе контроля), а также улучшить средние показатели суммарного объемного потока на <math>132 \text{ см}^3/\text{с}</math> и суммарного сопротивления на <math>0,07 \text{ Па}/\text{см}^3/\text{с}</math> соответственно в сравнении с группой контроля.</p>
13:00-13:10	<p>Волосатый полип носоглотки. Наш опыт. Будейкина Л.С., Пряников П.Д., Сарафанова М.Е., Зябкин И.В., Чучкалова Ж.А.</p> <p>Резюме: Волосатый полип – доброкачественное новообразование глотки врожденного характера, являющееся результатом нарушений, возникающих в процессе формирования эмбриона. Тератомы носа и глотки (тератоидная опухоль, нософарингеальный тератоид, фарингодермоид) обычно обнаруживают у детей, чаще всего диагностируют в раннем неонатальном периоде, так как они вызывают обструкцию верхних дыхательных путей. Лечение данной патологии хирургическое. Нами представлено 2 клинических случая у детей 3 месяцев и 3 лет. После подготовительных мероприятий выполнено хирургическое лечение под видеоэндоскопическим контролем в виде эксцизионной биопсии. По данным гистологического заключения – волосатый полип (hairy polyp). Катамнез – без рецидива. «Волосатый» полип является зрелой тератомой, преимущественно диагностируется в возрасте до 1 года. Оба клинических случая представляет особый интерес, учитывая бессимптомное течение заболевания.</p>
13:15-13:25	<p>Ультразвуковые параметры оценки гипертрофии небных миндалин. Трухин Д.В., Ким И.А., Носуля Е.В., Рычкова И.В.</p> <p>Резюме: Диагностика гипертрофии небных миндалин (НМ) проводится посредством фарингоскопии. В настоящее время одним из наиболее информативных методов лучевой диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ). Было обследовано 132 пациента с хроническим тонзиллитом. При исследовании микроангиоархитектоники НМ было установлено, что в миндалинах с поперечным диаметром до 15 мм гипертрофия НМ встречались в <math>19.0 \pm 6.1\%</math> случаев; в миндалинах с поперечным диаметром 16-20 мм – в <math>35.7 \pm 6.4\%</math> случаев (<math>p=0.025</math>); в миндалинах с поперечным диаметром 20-30 мм и более – в <math>61.4 \pm 8.3\%</math> случаев (<math>p=0.016</math>). Таким образом, способ диагностики гипертрофии небных миндалин, основанный на ультразвуковом исследовании миндалин с визуализацией кровотока, регистрацией скоростей движения крови, кодировании этих скоростей разными цветами и наложении полученной картины на двумерное изображение исследуемого объекта характеризуется тем, что в миндалинах с поперечным диаметром 16-20 и 21-30 мм и более наблюдается усиление кровотока, в отличие от миндалин с поперечным меньшим, до 15 мм, диаметром. При этом пороговым значением показателей гипертрофии небных миндалин является усиленная васкуляризации (пери-, интратонзиллярного и смешанного типа) миндалин с</p>

	поперечным диаметром 21 мм и более.
13:25-13:30	Обсуждение.

<b>Зал 4</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>12:00-13:30</b>	<b>Секция 47. Лучевая диагностика заболеваний органов головы и шеи 1.</b>	<b>Академик РАН Терновой С.К., член-корр. РАН Серова Н.С., к.м.н. Коробкин А.С.</b>
12:00-12:20	<p>Лучевая диагностика образований заглоточного пространства. Сорокин И.В., Решульский С.С. Резюме: Заглоточное пространство, опасное пространство – небольшие пространства, содержащие только жир, пространства связаны со средостением. Первичным методом диагностики является рентгенография. Среди плюсов стоит отметить хорошую визуализацию костных структур, доступность и низкую стоимость. Среди минусов крайне низкая визуализация мягкотканых структур. Еще одним методом диагностики является КТ. Среди плюсов стоит отметить хорошую визуализацию хрящевых и костных структур, быстрое и комфортное обследование, менее дорогостоящий метод. Среди недостатков опять же недостаточная визуализация мягкотканых структур и желательное использование с К/У. МРТ в отличие от КТ и рентгенографии имеет хорошую визуализацию мягких тканей и возможность использования без К/У, однако минусами являются длительность обследования и его цена.</p>	
12:20-12:40	<p>Диагностика злокачественных новообразований гортани. Гафурова А.И., Виноградов В.В., Коробкин А.С. Резюме: Диагностика злокачественных новообразований гортани может осуществляться с помощью методики ультразвукового исследования гортани. Исследование проводится в положении лежа на спине с запрокинутой головой. Для сканирования гортани применяют линейный датчик частотой 6-12 МГц с использованием ЦДК. УЗИ гортани осуществляется путем сканирования от подъязычной области до уровня яремной вырезки во фронтальной и фронтолатеральной полостях, индивидуально изменяя угол наклона датчика. При фонации во время непрерывного произношения звука «И», оценивая толщину, подвижность элементов гортани. Исследование хорошо переносится и не требует специальной подготовки.</p>	
12:40-13:00	<p>Функциональная мультиспиральная компьютерная томография при новообразованиях орбит. Серова Н.С., Израелян Ш.О., Павлова О.Ю., Саакян С.В., Амирян А.Г. Резюме: МСКТ орбит глаза (мультиспиральная компьютерная томография) относится к новым диагностическим методам, дающим возможность полнее оценить</p>	

	<p>стадию глазного заболевания и установить точнее ряд параметров, очень важных в диагностике. Часто этот метод, как наиболее точный, назначают на стадии дообследования, для постановки окончательного диагноза. В ходе доклада рассмотрены показания и противопоказания к диагностике, а также особенности подготовки к ней.</p>
13:00-13:20	<p>Особенности диагностики и лечения опухолевых образований височной кости. Коробкин А.С., Диаб Х.М., Умаров П.У., Куян Ю.С. Резюме: Возможные симптомы заболевания: пульсирующий шум, снижение слуха, чувство переполнения в ухе, асимметрия лица, гноетечение, спонтанное кровотечение из уха, осиплость, дисфагия. Лучевые методы диагностики: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Преимущество методов: дают возможность обнаружения новообразования, предоставляют ценную информацию для определения распространенности процесса и тактики хирургического лечения. Невринома лицевого нерва при КТ: изоденное образование, интенсивно накапливает контрастный препарат при к.у. При МРТ: изоинтенсивные образования на T1-ВИ, слабогиперинтенсивные на T2-ВИ, интенсивно накапливают контрастный препарат при к.у. Основные характеристики: Равномерное расширение канала лицевого нерва; При локализации в области ММУ и ВСП: - имитирует невриноме слухового нерва (нет распространения на лабиринтный сегмент) - при распространении на лабиринтный сегмент формируется «хвостик»</p>
13:20-13:30	Обсуждение.

<b>Зал 1</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>13:45-15:15</b>	<p><b>Секция 48.</b> <b>VI Международная конференция "Инновационные подходы и технологии для биомедицинских приложений (ИСТВА-2020)".</b> <b>Сессия 2 «Информационные технологии и математические модели для биомедицинских приложений».</b></p>	<p><b>Проф. Багдасарян А.С.</b> <b>проф. Черняев А.П.,</b> <b>проф. Паоло Ди Нардо</b></p>
13:45-13:55	<p>Ассистирующие комплексы для медицины в современных условиях. Шептунов С.А. Assisting Complexes for Medicine in Present Conditions. S.A. Sheptunov. Резюме: В рамках доклада рассмотрена тема внедрения ассистирующих комплексов</p>	

	<p>для медицины. Существуют различные типы ассистирующих комплексов. Роботическая хирургия — это технология, при которой все движения хирурга, располагающегося за консолью управления, распознаются, оцениваются и передаются на интерактивные руки с роботическими инструментами. Это позволяет избежать человеческих факторов (физиологического тремора) и обеспечить максимальную точность выполнения всех этапов оперативного вмешательства. Функциональные возможности при проведении робот-ассистированных операций выражаются, прежде всего, в уникальной свободе движения (360 градусов), точности манипуляций и эргономичности.</p>
14:00-14:10	<p>Обеспечение защищенности систем управления лечебно-диагностическим процессом.  Багдасарян С.А., Николаев В.И., Павлюкова Е.Р., Николаева С.О.  Ensuring the security of the system for medical treatment and diagnostic process control.  S.A. Bagdasaryan, V.I. Nikolaev, <u>E.R. Pavlyukova</u>, S.O. Nikolaeva.  Резюме:  Рассмотрена задача обеспечения защищенности систем управления лечебно-диагностическим процессом (СУЛДП) на основе радиочастотной идентификации с применением технологий поверхностных акустических волн в приближении отсутствия коллизий откликов меток. С применением статистической теории обнаружения и различения M сигналов с известным временным положением на выходе канала с замираниями найдены характеристики одновременного обнаружения и различения откликов ПАВ датчиков биологических сигналов и показателей пациента и ПАВ радиочастотных меток на опросный сигнал на большом априорном интервале, содержащем значительное число элементов разрешения по задержкам. Предложен подход к решению задач идентификации биологических сигналов и показателей пациента, а также аутентификации пациента и лечащего врача для повышения защищенности телекоммуникационных систем УЛДП. Показаны существенные преимущества ПАВ технологии в решении этих задач.</p>
14:15-14:25	<p>Исследования и разработки методов интеллектуального экспресс анализа биосигналов.  Сушкова Л.Т., Исаков Р.В., Аль-Хайдри В.А.  Investigations and developments of the methods for intellectual express analysis of the biosignals.  L.T. Sushkova, R.V. Isakov, W. A. Al-Haidri.  Резюме:  Развитие высокотехнологичной медицины немислимо без совершенствования методов интеллектуального анализа биосигналов. Основная цель анализа – раннее выявление патологических отклонений в организме. В таком случае профилактические меры предотвращения заболеваний будут наиболее эффективны.  В ходе исследований была выявлена зависимость функционального состояния головного мозга от параметров его микродвижений. Наибольшей информативностью здесь обладают частотные оценки сигнала, полученные в зависимости от времени. Такой подход позволяет выявить сложную</p>

	динамику физиологических процессов, происходящих в мозгу человека.
14:30-14:40	<p>Смена ритма точных решений математической модели однокамерного сердца, основанной на уравнениях вынужденных колебаний. Черняев А.П. Change of the rhythm of exact solutions of the one-chamber heart mathematical model based on the equation of forced oscillations. A.P. Chernyaev. Резюме: Однокамерное сердце имеется не только у простейших организмов. Искусственные сердца, используемые при хирургических операциях также бывают однокамерными. Кроме этого, известен синдром «однокамерного сердца» (Single Ventricle) – комплекс дефектов строения сердца, встречающихся у разных людей, с различной частотой и в различной степени тяжести. Этот врожденный порок Single Ventricle – результат неравномерного развития и формирования сердечных отделов во внутриутробный период. Последнее сильно повышает научный интерес к изучению особенностей математических моделей однокамерных сердец. В настоящей работе изучаются вопросы гладкости склеек точных решений математической модели однокамерного сердца, основанной на уравнении вынужденных колебаний.</p>
14:45-14:55	<p>Изучение экспрессии синаптических белков в нервно-мышечных синапсах трансгенных мышей с моделью бокового амиотрофического склероза. Мухамедьяров М.А., Хабибрахманов А.Н., Нуруллин Л.Ф., Зефиоров А.Л. Резюме: Боковой амиотрофический склероз (БАС), также известный как болезнь Шарко, является третьим наиболее значимым нейродегенеративным заболеванием во всем мире, с частотой возникновения 1,5-2,5 на 10000 в год. Экспрессией белков называется их синтез на клеточном уровне, контролируемый определенными генами. Об их активности можно судить по интенсивности процесса, конечному результату. Экспрессия белка – это длинный процесс с транскрипцией ДНК, получением РНК и преобразованием его в активный белок. В ходе доклада рассматривается экспрессия синаптических белков в рамках БАС.</p>
15:00-15:10	Обсуждение.

<b>Зал 2</b>		
Время	Название секции	Модераторы
<b>13:45-15:15</b>	<b>Секция 49. IV Круглый стол "Актуальные вопросы хирургии гортани и трахеи у детей и взрослых 2" им. проф. Зенгера В.Г.</b>	<b>к.м.н. Поляков Д.П., к.м.н. Пряников П.Д.</b>
13:45-13:55	Современные возможности и перспективы в лечении папилломатоза	

	<p>гортани. Егоров В.И., Кочнева А.О. Резюме: Среди сложных и неразрешенных проблем современной медицины значительное место занимает папилломатоз гортани (ПГ). Тяжесть заболевания, часто приводящего к инвалидизации больных, нередкие неудачи в лечении заставляют оториноларингологов искать новые пути решения данной проблем. Папиллома является доброкачественной опухолью, развивающейся из плоского или переходного эпителия. В связи с частым рецидивированием, бурным ростом и анатомической узостью просвета гортани растущая опухоль приводит к нарушению голосообразовательной, а в последующем, при сужении ее просвета, и дыхательной функции органа. Выделяемые клинически ювенильная и взрослая формы заболевания гистологически идентичны (фиброэпителиальная опухоль), однако существенно различаются по клиническому течению: при ювенильном папилломатозе отмечается высокая степень рецидивирования и чаще встречаются распространенные формы, а у взрослых есть риск малигнизации папиллом.</p>
14:00-14:10	<p>Опыт работы службы отоларингологии, хирургии головы и шеи на базе негосударственной больницы (Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават, республика Башкортостан). Мовергоз С.В., Андаров А.А., Горин Д.И. Резюме: Оториноларингология является одной из самых высокотехнологичных специальностей, которая должна включать в себя не только функциональную хирургию, но и онкологию головы и шеи, пластическую хирургию, что соответствует современным тенденциям развития мировой медицины. В данной работе представлена оценка эффективности работы подразделения отоларингологии, хирургии головы и шеи МЦ ООО «Медсервис». Реорганизация, потребовавшая существенных материальных затрат, позволила поднять работу лор-службы на новый уровень, соответствующий европейским стандартам. Использование современных технологий, системная подготовка кадров могут вывести нашу специальность на профессионально новый уровень и расширить сферу деятельности.</p>
14:15-14:25	<p>Применение волоконных лазеров 1,56 и 1,94 мкм в хирургическом лечении болезней носа, глотки и гортани. Улупов М.Ю. Резюме: В последние десятилетия ведутся активная разработка и внедрение в медицинскую практику недорогих аппаратов на основе полупроводниковых лазеров, отличающихся небольшими габаритами и массой, отсутствием потребности в жидком охлаждении, простотой управления и технического обеспечения, возможностью использования в сочетании с эндоскопической техникой за счет передачи излучения по гибкому кварц-полимерному волокну. Производители рекомендуют стандартные режимы воздействия лазерных аппаратов без учета особенностей тканей, что вызывает трудности в выборе оптимальных</p>

	<p>параметров в хирургии, в частности в хирургии ЛОР-органов. Оперативные вмешательства, проводимые в оториноларингологии, характеризуются необходимостью выполнения воздействия на ткани с разными оптическими свойствами (слизистая оболочка, хрящ, кость, ткань полипов полости носа, сосудистые новообразования), разным кровоснабжением, а также в проекции крупных нервно-сосудистых образований, в ряде случаев в рамках одного оперативного вмешательства. Спектр хирургических воздействий в ЛОР-практике охватывает как ткани с обильным кровоснабжением, где в полной мере следует реализовать гемостатические свойства лазера, так и области, требующие максимально деликатного подхода, где любое избыточное термическое повреждение может привести к рубцеванию (голосовые складки).</p>
14:30-14:40	<p>Частота рецидивирования рака гортани после малоинвазивной эндоларингеальной микрохирургии при лечении опухолей гортани. Наблюдения КазНИИ онкологии и радиологии г. Алматы (Республика Казахстан).</p> <p>Слонева Н. В., Адильбаев Г.Б., Мухамадиев Б.Т.</p> <p>Резюме:</p> <p>Частота заболеваемости злокачественными опухолями гортани составляет в среднем 2% всех опухолей. В Казахстане ежегодно регистрируются около 400 больных раком гортани, 60% пациентов госпитализируются в онкологические учреждения с III-IV стадиями. Малоинвазивная эндоларингеальная микрохирургия широко применяется сегодня во всем мире в оперативной ларингологии не только при лечении доброкачественных опухолей, но и ранних стадиях злокачественных опухолей гортани.</p> <p>Были проведены эндоларингеальные микрохирургические вмешательства 75 больным, в период за 2016 по 2019г со злокачественными опухолями. Результаты клинического опыта заставляют задуматься о радикальности эндоларингеальной микрохирургии при выборе первым этапом лечения именно злокачественных опухолей гортани.</p>
14:45-14:55	<p>Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в импульсном режиме у больных с хроническими стенозами гортани и трахеи на этапах хирургического лечения.</p> <p>Комарова Ж.Е.</p> <p>Резюме: В настоящее время показано, что низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛТ) как самостоятельный фактор и как фактор, потенцирующий действие фармацевтических препаратов, влияет на динамику раневого процесса. Цель исследования: повышение эффективности лечения и реабилитации больных на этапах проведения реконструктивно-восстановительных операций на гортани и трахее использованием терапевтического лазерного излучения. Применение НИЛТ красного диапазона спектра в импульсном режиме у больных после реконструктивно-восстановительных операций на гортани и трахее является важным фактором активации регенеративных процессов, что способствует улучшению качества заживления операционных ран и предотвращению рестенозирования.</p>
15:00-15:15	Обсуждение.

### Зал 3

Время	Название секции	Модераторы
<p><b>13:45-15:15</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Секция 50. Реабилитация.</b></p>	<p><b>Проф. Новожилова Е.Н., академик РАН Решетов И.В., д.м.н. Епифанов С.А., к.м.н. Севрюков Ф.Е., к.м.н. Назарян Д.Н.</b></p>
<p>13:45-13:55</p>	<p>Микробиота глотки как фактор риска местных осложнений после ларингэктомии при раке гортани Т3N0M0. Шугакова Е.В., Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Киселёв А.Б., Чаукина В.А. Резюме: Особенности видового состава бактерий и грибов слизистой оболочки глотки играют важную роль в развитии местных осложнений инфекционного генеза после ларингэктомии. Назо-гастральный зонд, устанавливаемый всем пациентам во время операции, является прямым проводником для микробиоты слизистой оболочки глотки к тканям в области раневого процесса, способствуя развитию местных осложнений инфекционного генеза. Проведен бактериологический анализ видового состава бактерий и грибов слизистой оболочки глотки у 60 пациентов мужского пола с диагнозом рак гортани Т 3 N 0 M 0 до хирургического лечения. Видовой состав бактерий и грибов, выделенный из послеоперационной раны, при развитии местных осложнений, совпадает по видовому составу с видовым составом бактерий и грибов слизистой оболочки глотки в 70,5 % случаев.</p>	
<p>13:55-14:05</p>	<p>Возможности применения устройств для тепла- и влагообмена в реабилитации трахеостомированных пациентов. Фатьянова А.С., Решетов И.В., Игнатьева М.А. Резюме: После разобщения и выключения верхних дыхательных путей из респираторного тракта в норме: воздух в полости носа имеет среднюю температуру 24 градуса Цельсия при влажности в 32%. Воздух в полости трахеи имеет среднюю температуру 31градус по Цельсию и влажность 90%. После ларингэктомии показатели воздуха при вдохе через стому следующие: средняя температура воздуха 24 градуса по Цельсию при влажности в 32%. В верхних дыхательных путях происходит кондиционирование (подогрев и увлажнение) воздуха, а также очистка от пыли и микробов.</p>	
<p>14:05-14:15</p>	<p>Способ сокращения частоты местных осложнений инфекционного генеза после ларингэктомии при раке гортани Т3N0M0. Шугакова Е.В., Дайхес Н.А., Киселёв А.Б., Виноградов В.В., Решульский С.С. Резюме: Целью исследования была разработка методики коррекции видового состава бактерий и грибов слизистой оболочки глотки орошением её озонированным физиологическим раствором и пробиотиком, содержащим</p>	



	<p>Bifidobacterium longum MC – 42, на этапе подготовки к ларингэктомии. Обследованы 60 пациентов мужского пола с диагнозом рак гортани T3 N 0 M 0.</p> <p>В результате исследования было выявлено, что предоперационная подготовка к ларингэктомии посредством орошения слизистой оболочки глотки озонированным физиологическим раствором и пробиотиком, содержащим Bifidobacterium longum MC – 42, способствует коррекции видового состава бактерий и грибов слизистой оболочки глотки и сокращению числа местных осложнений инфекционного генеза на 16,7 % случаев.</p>
14:15-14:25	<p>Применение дерматокосметики для компенсации нежелательных явлений противоопухолевой терапии опухолей головы и шеи.</p> <p>Фатьянова А.С.</p> <p>Резюме:</p> <p>Увлажнение – это основной способ профилактики и лечения начальной степени реакции кожи. Уход за собой может помочь пациентам уменьшить побочное действие терапии на кожу и слизистые оболочки, что позволит продолжить терапию.</p>
14:25-14:45	<p>Нутритивная поддержка в лечении пациентов раком полости рта и ротоглотки.</p> <p>Сукорцева Н.С., Решетов И.В. (доклад при поддержке компании Nutricia, баллы НМО не начисляются).</p>
14:45-14:55	<p>Выбор оптимальной ретенционной системы в челюстно-лицевом протезировании.</p> <p>Харазян <span style="float: right;">А.Э.</span></p> <p>Резюме:</p> <p>В ходе доклада рассмотрены фрагменты установки челюстно-лицевых протезов для больных в рамках реабилитации, указаны рекомендации особенности установки жизни пациентов.</p>
14:55-15:05	<p>Комплексная реабилитация пациентов с дефектами средней зоны лица при помощи эктопротезов с фиксацией на краниальных имплантатах.</p> <p>Яранцев С.В., Назарян Д.Н.</p> <p>Резюме:</p> <p>Анапластология – это раздел пластической хирургии и эктопротезирования, изучающий способы замещения отсутствующих частей тела при помощи съемных или несъемных силаксановых конструкций в случаях, когда устранение аутоканью не может дать качественный эстетический результат. Основная задача – улучшить функциональные и эстетические результаты лечения, социальную адаптацию пациентов и как следствие качество жизни. Алгоритм лечения пациентов с дефектами средней зоны лица и наружного уха: предоперационное 3D планирование и изготовление стереолитографических шаблонов. Восстановление анатомических контуров средней зоны лица и наружного уха при помощи эпитеза.</p>
15:05-15:15	<p>Качество жизни пациентов после хирургического лечения рака полости рта.</p> <p>Бойко А.А., Карпенко А.В., Сибгатуллин Р.Р.</p> <p>Резюме:</p> <p>Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования</p>

больного, основанная на его субъективном восприятии. Три основных признака при оценке качества жизни: многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке его состояния. Качество жизни можно разделить на связанные со здоровьем и не связанные со здоровьем характеристики. К связанным со здоровьем характеристикам относятся: физическое благополучие, психологическое благополучие, социальное благополучие и духовное благополучие. К несвязанным со здоровьем: образование, экономическая безопасность, окружающая среда, физическая безопасность.

## Зал 4

Время	Название секции	Модераторы
<b>13:45-15:15</b>	<b>Секция 51. Лучевая диагностика заболеваний органов головы и шеи 2.</b>	<b>Академик РАН Терновой С.К., член-корр. РАН Серова Н.С., к.м.н. Коробкин А.С.</b>
13:45-14:00	<p>Комплексная лучевая диагностика остеонекрозов лицевого скелета у наркозависимых пациентов. Бабкова А.А., Серова Н.С., Медведев Ю.А., Басин Е.М.</p> <p>Резюме: Цель исследования – повышение эффективности лучевой диагностики остеонекрозов лицевого скелета у пациентов с наркотической зависимостью на до- и послеоперационном этапах лечения. Разработаны объективные критерии оценки результатов лучевых исследований у пациентов с остеонекрозами костей лицевого скелета на различных этапах лечения. Разработаны алгоритмы лучевого обследования пациентов на до- и послеоперационном этапах лечения. Впервые представлены данные радионуклидных методов лучевой диагностики на различных этапах лечения.</p>	
14:00-14:15	<p>Современные технологии лучевой диагностики в планировании и мониторинге лечения пациентов с травмами средней зоны лица. Павлова О.Ю., Давыдов Д.В., Серова Н.С.</p> <p>Резюме: В группе методик лучевой диагностики используются: магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) и медицинская термография. Каждый из перечисленных методов характеризуется рядом достоинств и недостатков и, соответственно, отличается определенными пределами диагностических возможностей. Методы лучевой диагностики, дополняя друг друга, отличаются информативностью, доступностью, простотой выполнения и занимают одно из ведущих мест в системе клинического и профилактического исследования населения. В ходе доклада рассматриваются конкретные методы лучевой диагностики травм средней зоны лица в клинической практике.</p>	
14:15-14:30	<p>Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава.</p>	

	<p>Терновой С.К., Устюжанин Д.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Одна из особенностей МРТ – отсутствие облучения. Нет лучевой нагрузки – и МРТ автоматически получает преимущество перед другими средствами визуализации, использующих рентгеновское излучение (КТ и рентгенография).</p>
14:30-14:45	<p>Роль лучевой диагностики при поражении лицевого нерва различного генеза.</p> <p>Куян Ю.С., Диаб Х.М., Коробкин А.С.</p> <p>Резюме:</p> <p>В ходе доклада рассмотрены случаи диагностики холестеатомы, невриномы внутри- и внеканальной, менигиомы ММУ, параганглиомы, травматического повреждения височной кости, повреждение ЛН ятрогенного характера с использованием лучевой диагностики.</p>
14:45-15:00	<p>Лучевая диагностика синуситов грибковой этиологии.</p> <p>Беляева К.А., Русецкий Ю.Ю., Серова Н.С.</p> <p>Резюме:</p> <p>Чаще всего воспалительному процессу грибковой природы, протекающему в одном или нескольких околоносовых синусах, оказываются подвержены люди, проживающие в умеренном климате с высокой влажностью воздуха. Одна из особенностей ГС заключается в том, что недуг представлен несколькими заболеваниями, имеющими непосредственную связь с местом локализации патологического процесса. В рамках доклада рассматриваются методы диагностики для различных заболеваний грибковых этиологий.</p>
15:00-15:10	Обсуждение.

<b>Зал 1</b>		
<b>15:30-17:00</b>	<b>Секция 52. Нейрохирургия.</b>	<b>Член-корр. РАН Усачев Д.Ю., проф. Киселев А.М., проф. Евзиков Г.Ю., д.м.н. Антонов Г.И., д.м.н. Лукшин В.А.</b>
15:30-15:50	<p>Нейроонкологическая служба в условиях Бухарской области.</p> <p>Саидов Г.Н., Хайдаров Ф.Г., Наимов Б.О., Махмудов Б.Ф.</p> <p>Резюме:</p> <p>«Рождение» нейрохирургии в Узбекистане дотировано 1943 годом, когда в Ташкентском Медицинском Институте при клинике нервных болезней по инициативе профессора-хирурга И.И. Орлова было открыто первое нейрохирургическое отделение. Бухарский филиал Республиканского Специализированного Научно-Практического медицинского Центра Онкологии и Радиологии – это крупный региональный мультидисциплинарный медицинский центр, ежегодно оказывающий более 40 000 пациентам высококвалифицированную помощь. В 2018 году на базе центра было проведено 10 операций на спинном мозге и 134 операции на головном</p>	

	мозге, в 2019 году 20 операций на спинном мозге и 151 операция на головном мозге.
15:55-16:15	<p>Результаты хирургического лечения менингеом основания черепа. Саидов Г.Н., Наимов Б.О., Хайдаров Ф.Г., Махмудов Б.Ф.</p> <p>Резюме: Произведен анализ лечения 20 больных, которым проведено хирургическое вмешательство по поводу менингеом основания черепа в отделении нейрохирургии. Ранние послеоперационные результаты хирургического лечения менингеом основания черепа, показывают высокий процент благоприятного исхода. Применение микрохирургической техники для лечения менингеом основания черепа даёт положительный результат в виде раннего улучшения состояние больных и минимальность неврологического дефицита.</p>
16:20-16:40	<p>Результаты лечения больных опухолями головного мозга по материалам Бухарского филиала республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. Саидов Г.Н., Дустов Ш.Х., Наимов Б.О., Хайдаров Ф.Г., Махмудов Б.Ф.</p> <p>Резюме: За период с 2011 г. по 2019 г. оперировано всего 285 больных, из них 245 (85,9%) больных с первичными опухолями головного мозга, 40 (14,1%) больных с метастатической опухоли головного мозга. Динамика состояния пациентов в послеоперационном периоде: улучшение неврологического статуса отмечено у 251 пациентов, ухудшение или нарастание неврологической статуса – у 22 больных, неврологической статус и состояние больных не изменилось у 8 больных, летальный исход в 4 случаях. Применение в современной нейроонкологии прогрессивных технологий предполагает повышение эффективности хирургического лечения и обеспечение высокого послеоперационного качества жизни больных с опухолями головного мозга. Лечение данной группы больных должно проводиться в специализированных онкологических стационарах, обладающих нейрохирургическим отделением. Злокачественные опухоли ЦНС требуют комплексного подхода к лечению с использованием микронеурхирургии, лучевой терапии и современных режимов химиотерапии.</p>
16:40-16:55	Обсуждение.

<b>Зал 2</b>		
<b>15:30-17:00</b>	<b>Секция 53. Респираторный Амилоидоз. Диагностика и лечение.</b>	<b>К.м.н. Рамеев В.В., к.м.н. Мустафаев Д.М., к.м.н. Пряников П.Д., к.м.н. Сидоренко С.И.</b>
15:30-15:50	Проблемы дифференциального диагноза системного и локального AL-амилоидоза. Рамеев В.В., Тао П.П., Козловская Л.В.	

	<p>Резюме:</p> <p>AL-амилоидоз - первичный амилоидоз, вызванный появлением в плазме крови и отложением в самых разных тканях организма аномальных лёгких цепей иммуноглобулинов, синтезируемых малигнизированными плазмócитами. В рамках данного доклада освещена современная классификация амилоидоза. Также рассмотрена частота разных форм амилоидоза до и после 2006 года. После 2006 года наблюдается уменьшения доли AA амилоидоза и увеличение AL амилоидоза.</p>
15:50-16:05	<p>Амилоидоз ЛОР-органов. Мустафаев Д.М.</p> <p>Резюме:</p> <p>Амилоидоз - системное заболевание, в основе которого лежат сложные обменные изменения, приводящие к образованию и выпадению в тканях особой субстанции, вызывающей в конечном итоге нарушение функций органов. В данном докладе рассматриваются основные виды заболевания, патологии, а также разбираются особенности проведения операций при амилоидозе.</p>
16:05-16:20	<p>Диагностика амилоидоза гортани. Субботина М.В., Приходько Т.Д., Баракин А.О., Костюнин К.Ю.</p> <p>Резюме:</p> <p>В ходе данного доклада были освещены основные аспекты такого заболевания как амилоидоз, приведена статистика по частоте встречающейся патологии. Глубоко рассмотрен вопрос амилоидоза как заболевания дыхательных путей, в частности, более детально рассмотрен амилоидоз гортани. В докладе содержится информация о клинических случаях и диагностике амилоидоза гортани.</p>
16:20-16:35	<p>Тактика лечения амилоидоза гортани у ребенка 9 лет. Пряников П.Д., Сидоренко С.И., Рамеев В.В., Рогожин Д.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>В ходе доклада рассмотрен случай пациента 5 лет с жалобой на прогрессирующую осиплость и затруднение дыхания в течение 8 месяцев. У больной с января 2018 был диагностирован острый ларинготрахеит. После КТ гортани был сделано заключение, что есть образование в области черепно-надгортанной складки контрастированием 37-39HU. Была рассмотрена гистологическая картина и результаты ларингоскопии спустя 5 месяцев.</p>
16:35-16:50	<p>Лучевая терапия амилоидомы головного мозга. Никитин К.В., Тао П.П., Рамеев В.В., Золотова С.В., Голанов А.В.</p> <p>Резюме:</p> <p>Амилоидомы являются доброкачественными опухолеподобными образованиями, состоящими из локализованных отложений амилоида и являются наиболее редкой формой в группе поражений, связанных с амилоидозом. В рамках доклада рассмотрены клинические случаи Российских и зарубежных пациентов, а также последствия после лучевой терапии на примере конкретных случаев.</p>
16:50-17:00	Обсуждение.

### Зал 3

<b>15:30-17:00</b>	<b>Секция 54. Сателлитный симпозиум "Эпилепсия: от современных исследований к клинической практике". Сессия 2. Неврология. Эпилепсия. Головная боль.</b>	<b>Проф. Гехт А.Б., к.м.н. Соломатин Ю.В.</b>
15:30-15:40	<p>Неврологические осложнения при заболеваниях печени. Филатова Н.В. Резюме: Заболевания печени ежегодно возникают у более 1 миллиона жителей земного шара. Основными этиологическими факторами в развитии патологии печени являются алкоголь и вирусные инфекции. При заболеваниях печени на первый план в клинической картине нередко выступают неврологические нарушения, как центральной, так и периферической нервной системы. В патогенезе неврологических осложнений ведущая роль принадлежит гипераммонемии и влиянию аммиака на нейрональные функции. Широкая распространённость алкогольных, вирусных и аутоиммунных заболеваний печени, возможность хронизации заболеваний с переходом в цирроз печени и (или) гепатоцеллюлярный рак, большие экономические потери, к которым приводят эти болезни – все это обуславливает медико-социальную важность данной патологии.</p>	
15:45-15:55	<p>Вертебрально-базиллярная недостаточность: междисциплинарный подход. Шуляковский В.В. Резюме: За период с ноября 2014 по март 2020 годов было проведено мультицентровое рандомизированное исследование, посвященное актуальной проблеме современности – вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН). В исследование вошли 180 пациентов. Они проходили комплексное обследование: исследование неврологического статуса, УЗДГ брахиоцефальных экстра- и интракраниальных сосудов, магнитно-резонансную и компьютерную томография. Комплексное обследование выявило прямую коррелятивную связь выраженности дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, в частности различных типов межпозвоковых грыжевых выпячиваний (проляпсов, протрузий, экструзий и секвестров МПД) с нарушениями артериального и венозного кровотока. Пациенты были распределены в основную группу (N=120), которые получали инновационную программу лечения (ортезирование; фармакотерапия на основе фитотерапевтических нейропротекторов, венотоников и анксиолитиков; нейрореабилитация по методу PNF) и контрольную группу, которые получали стандартную ноотропную терапию и общепринятые методики ЛФКи физиотерапии. У пациентов основной группы результаты лечения были значительно выше по таким показателям, как эволюционирование этапа изменения статодинамического стереотипа и типа течения заболевания.</p>	

16:00-16:10	<p>Особенности эпилепсии у женщин с репродуктивными нарушениями. Филатова Н.В.</p> <p>Резюме: Эпилепсия занимает 3-е место среди органических болезней мозга и является одним из значимых заболеваний. Около 40% больных эпилепсией женщин- детородного возраста. Эпилепсия у женщин сопряжена с рядом проблем и обусловлена сложностью взаимодействия эпилептического очага, применяемого антиэпилептического препарата (АЭП) на гипоталамо-гипофизарный-половую систему. Частота репродуктивных нарушений у женщин с эпилепсией (СПКЯ, гипогонадизм, преждевременная менопауза, нарушение менструального цикла) более высокая по сравнению с популяцией. В патогенезе гормональных нарушений играют роль влияние АЭП на метаболизм стероидных половых гормонов и провоцирующее влияние эпилептических приступов.</p> <p>В собственных исследованиях из 132 женщин с эпилепсией выявили 63 (47,7%) с нарушением менструальной функции. Наиболее часто встречался СПКЯ – 54 %, затем синдром гипопрогестеронемии – 23,8 %, гиперкортицизм – 14,3%, гипогонадизм – 7,9%. Наряду с применением АЭП в терапии использовались комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Применение КОК совместно с АЭП оказывало положительную роль на течение основного заболевания и нормализацию гормональной функции яичников. Не выявлено достоверной связи между приемом АЭП в моно- и политерапией и риском развития СПКЯ.</p>
16:15-16:25	<p>Роль триптанов в патогенетической терапии мигрени. Соломатин Ю.В.</p> <p>Резюме: Мигрень — это неврологическое заболевание, доминирующим проявлением которого является повторяющиеся приступы головной боли. Патогенез сложен и частично связан с активацией нейронов ядра тройничного нерва, образующих тригеминоваскулярную систему, как следствие выделение БАВ (нейрогенное воспаление, отек сосудов и прилегающего участка твердой мозговой оболочки). 44% больных никогда не консультировались у специалиста, 56% консультируются у врачей общей практики, 16% консультируются у специалистов, &lt;3% госпитализируются по поводу головной боли.</p>
16:25-16:35	<p>Умеренные когнитивные расстройства. Шуляковский В.В.</p> <p>Резюме: Умеренные когнитивные расстройства (УКР) это моно-/полифункциональные когнитивные расстройства, выходящие за рамки возрастной нормы, но не ограничивающие самостоятельности и независимости. Комплексное применение психологического тестирования, исследования неврологического статуса и методов нейровизуализации позволило разработать дифференцированные программы лечения УКР у 48 пациентов ряда московских клиник за период с ноября 2014 по март 2020. Результаты исследования позволили сделать следующие важные для фундаментальной неврологии и практического здравоохранения выводы: 1. Комплексное применение патогенетической фармакотерапии (актовегин)</p>

	<p>и современных методов нейрореабилитации (метод PNF) замедляет прогрессирование УКР сосудистого генеза и способствует восстановлению когнитивных функции; 2. Комбинированное применение антагонистов NMDA и ингибиторов ацетилхолина с актовегином и проприоцептивным нейромышечным перевоспитанием показывает более высокий лечебный эффект, чем при монотерапии антагонистами NMDA и ингибиторами ацетилхолина при УКР нейродистрофического генеза 3. Комплексное применение патогенетической фармакотерапии (актовегин, цераксон) и современных методов нейрореабилитации (метод PNF) замедляет прогрессирование УКР смешанного генеза и способствует восстановлению когнитивных функций 4. Использование современных методов нейрореабилитации (метод PNF) усиливает и пролонгирует лечебный эффект актовегина и цераксона. 5. Интенсивная нейрореабилитация (метод PNF) в комплексной терапии УКР различного генеза показывает более выраженный лечебный эффект по сравнению со стандартной экстенсивной нейрореабилитацией.</p>
16:35-16:45	<p>Ударно-волновая терапия и высокоинтенсивная лазеротерапия - новый этап развития лечения, реабилитации и профилактики вертеброгенной боли. Шуляковский В.В. Резюме: За период с ноября 2017 года по март 2020 года было проведено исследование эффективности современных технологий восстановительного лечения вертеброгенных дорсопатий у 600 профильных пациентов. Результаты исследования показали, что комплексный метод лечения, профилактики и реабилитации пациентов с дискогенными дорсопатиями (ударно-волновая терапия + высокоинтенсивная лазеротерапия) имеет высокий терапевтический эффект; применение высокоинтенсивной лазеротерапии усиливает лечебный эффект ударно-волновой терапии; комплексное применение ударно-волновой терапии и высокоинтенсивной лазеротерапии обладает более выраженным лечебным эффектом по сравнению с монотерапией этими методами.</p>

<b>Зал 1</b>	
17:30-18:00	<b>Закрытие Конгресса</b>

Руководитель программного комитета,  
Президент Федерации специалистов  
по заболеваниям органов головы и шеи,  
академик РАН, профессор,  
заведующий кафедрой онкологии,  
радиотерапии и пластической хирургии  
ПМГМУ им. И.М. Сеченова



Решетов И.В.