

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ  
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

**Ж**урнал  
**вушних,  
носових  
і горлових  
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ  
ДВОМІСЯЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

Заснований у січні  
1924 року

**№ 5-с**

травень  
2016

Київ – “Просвіта”

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів «**Сучасні методи консервативного та хірургічного лікування в оториноларингології**» (3-4 жовтня 2016 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 19.09.2016 р.  
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 600 прим. Замовлення

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

Виробничо-торговельна фірма “Просвіта”, Київ-32, б-р Т.Шевченка, 46

# МАТЕРІАЛИ

## ЩОРІЧНОЇ ТРАДИЦІЙНОЇ ОСІННЬОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВОГО МЕДИЧНОГО ТОВАРИСТВА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ

### «СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»

*Р.А. АБИЗОВ, Н.В. БОЖКО, Ю.І. ОНІЩЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

#### МІНІМІЗАЦІЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ОНКООТОЛАРИНГОЛОГІЇ

В основі післяопераційного больового синдрому лежить сама хірургічна травма, що призводить до порушення клітинної мембрани і сприяє синтезу простагландинів, виникненню асептичного запалення з послідуєчим запуском больового імпульсу. Традиційні методи післяопераційного знеболення незалежно від способу їх введення в організм хворого не попереджують стресової реакції на операційну травму та зв'язані з нею порушенням гомеостазу. Фактори, що впливають на післяопераційний больовий синдром різноманітні та суттєве значення має ступінь травматизації тканин під час хірургічного втручання.

В ЛОР-клініці НМАПО ім. П.Л. Шупика з 2006 року застосовується в хірургії метод електрозварювання, при чому мінімальним є термічний та механічний руйнуючий вплив на тканини. Прооперовано 102 хворих з приводу раку гортані (в об'ємі ларингектомії), які були поділені на дві групи: контрольна (40 хворих) – операція за традиційною методикою; досліджувана (62 хворих) – операція з використанням електрозварювання. Для оцінки інтенсивності больового синдрому застосована візуальна аналогова 10-бальна шкала (за В. Fishman та співавт., 1987). Больовий синдром усувався за допомогою наркотичних анальгетиків, нестероїдних протизапальних препаратів та комбінованих спазмоанальгетиків. Тривалість прийому визначалась тривалістю больового синдрому.

Виражений больовий синдром в перший день відмічався рідше у пацієнтів після використання електрозварювального апарату – у 35 (34%) хворих, при операції за традиційною методикою у 31 (77,5%) пацієнта. В дослідній групі 52 (84%) хворим в першу добу вводили наркотичний анальгетик, 5 (8%) – протягом другої доби; у інших хворих дослідної групи знеболення досягали застосуванням ненаркотичних препаратів. В контрольній групі наркотичний анальгетик вводили протягом першої доби 38 (95%) хворим, другої доби – 22 (55%) хворим, третьої – 3 (7,5%). Загалом середня потреба в застосуванні знеболюючих засобів в післяопераційному періоді у одного хворого дослідної групи становила  $2 \pm 0,05$  доз наркотичних та  $8 \pm 1,1$  доз ненаркотичних анальгетиків, у одного хворого контрольної групи – відповідно,  $4 \pm 0,7$  та  $17 \pm 1,4$  доз.

Застосування електрозварювального апарату створює оптимальні умови для швидшого загоєння рани: в наслідок меншої травматизації тканин, відсутності чужорідного шовного матеріалу в рані, зменшення тривалості оперативного втручання та часу знаходження під дією наркотичних засобів. Вищезгадані особливості сприяють зменшенню інтенсивності та тривалості післяопераційного болю, покращенню загального стану хворих, зменшенню строків післяопераційної реабілітації та знаходження в стаціонарі.

© Р.А. Абизов, Н.В. Божко, Ю.І. Оніщенко, 2016

**ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ  
ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ  
СЕРЕДИННОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ (СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД)**

За останні 10 років загальна кількість онкологічних хворих в Україні зросла на 25% та має тенденцію до приросту на 2,6-3% щороку. При чому ЛОР-онкологічна патологія складає близько 4,4% серед всієї вперше виявленої онкологічної патології, а питома вага хворих на злоякісні пухлини гортані дорівнює 1-8%. Функціонально-ощадливі і реконструктивно-відновлювальні операції використовують на ранніх стадіях захворювання. Існуючі методики незважаючи на досягнуті успіхи та вдосконалення їх техніки, мають певні недоліки: тривалий час або багатоетапність операції, використання стороннього матеріалу, значну коштовність обладнання. Крім того, важливим питанням є дотримання абластики при економних резекціях, враховуючи складну анатомічну будову гортані та функціональну цінність кожної щонайменшої її ділянки.

В цих умовах одним з варіантів вдосконалення техніки оперативного втручання для максимального збереження функціональної активності органа є використання електрозварювальних технологій (протеїн-асоційованої електротермоадгезії). Подача струму з різними хвилювими характеристиками в певній модуляції при температурі 40-70 С<sup>0</sup>, призводить до втрати глобулярної структури білків, вони ніби розм'якшуються і, як наслідок, склеюються. При цьому відбувається не коагуляція тканин, а їх «зварювання». Дія високочастотного струму на пухлину призводить до припинення поширення її росту, що є дуже суттєвим згідно з принципами абластики.

Проведено спостереження 87 хворих раком гортані I-II стадій серединної локалізації, що проходили лікування в клініці кафедри оториноларингології НМАПО імені П.Л. Шупика з 2004 по 2013 рр. та підлягали хірургічному втручанню в об'ємі хордектомії. Хворі були розподілені на 2 групи: основну (43 пацієнти) та контрольну групу (44 хворих). Групи порівнянні за статтю, віком, патологією.

Так, тривалість хірургічного втручання в основній групі складала  $54,88 \pm 1,34$  хв., операція за стандартною методикою –  $66,59 \pm 2,0$  хв.,

( $p < 0,05$ ). Інтраопераційна крововтрата в основній групі склала  $24,19 \pm 1,26$  мл. в контрольній групі –  $39,32 \pm 1,29$  мл., ( $p < 0,05$ ). Хворі, які прооперовані за допомогою електрозварювального апарата, знаходилися на стаціонарному лікуванні  $10,04 \pm 0,47$  днів, в контрольній  $13,37 \pm 0,95$  днів ( $p < 0,05$ ). В контрольній групі рецидив захворювання виник у 3 хворих (5,45%), в основній групі зафіксовано 1 (1,92% хворих) випадок. В контрольній групі поява метастазів виявлена в 1 випадку (1,82% випадків), в основній – метастатичних уражень виявлено не було. У хворих після проведеного оперативного лікування летальність до року від основного захворювання загалом в основній та контрольній групах дорівнює 5%. При чому, відносно до груп летальність при використанні електротермоадгезії складає 4,9%, а при традиційному хірургічному втручанні 5,2%. Слід зауважити, що у одного хворого (0,8%) з основної групи причиною смерті було не основне захворювання, а гостра недостатність коронарного кровообігу – інфаркт міокарда. Дані показника летальності до 3 років складав в основній групі 5,1%, контрольній – 5,9%, різниця показника смертності по групах не є достовірною.

Таким чином, аналіз результатів дослідження доводить, електротермоадгезія дозволяє досягти надійного з'єднання тканин з ефективним гемостазом по ходу операції, та уникнути формування грубого рубцювання в зоні післяопераційного дефекту за рахунок формування в місці з'єднання тканини з особливими властивостями (реструктуризація), яка не має надлишкового колагеногенезу, має високу еластичність. Запропонована методика виконання хордектомії з використанням ВЧ-електрозварювання дозволяє швидко та безкровно розділяти м'які тканини, зменшити загальну тривалість операції в решті решт зменшує час знаходження хворого під дією засобів для наркозу. Це дозволяє своєчасно почати наступні етапи комбінованого лікування та фonoпедичну реабілітацію. А аналіз віддалених результатів свідчить про абластичність даного методу.

## **НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ**

Реабилитация детей с глубокой степенью тугоухости и глухотой является сложной проблемой в оториноларингологии. Во многих странах мира с высоким социально-экономическим развитием широко внедрена операция кохлеарная имплантация (КИ), которая создает возможность интеграцию детей с большими потерями слуха в среду слышащих.

Несмотря на более чем 35-летний отоларингологический опыт при проведении КИ, до настоящего времени имеются интраоперационные технические моменты, затрудняющие или создающие определенные сложности при проведении хирургии в полостях среднего уха. Исходя из этого, нами преследовалась цель изучения анатомических особенностей височной кости при проведении КИ у детей.

С 2014 года в Узбекистане выполняется государственная программа по кохлеарной имплантации. Было прооперировано 310 детей в возрасте от 1 года до 5 лет.

Нами была создана специальная таблица, где были зарегистрированы все характеристики структур височной кости, непосредственно при проведении хирургического этапа. Из 310 (100%) у 268 (86,4%) было пневматическое и у 42 (13,6%) – смешанное строение сосцевидного отростка. Предложение сигмовидного синуса отмечено у 69 (22,2%) больных, у 49 (15,8%) – низкое расположение твердой мозговой оболочки. Доступ к внутренней стенке барабанной полости в 298 (96,1%) случаях осуществлена через заднюю тимпанотомию и в 12 (3,9%) – применялся комбинированный доступ (в сочетании доступа через наружный слуховой проход).

Задняя тимпанотомия выполнена на уровне короткого отростка наковальни у 276 (89%) и ниже его уровня – у 25 (7,7%) детей, по ходу операции обнажение лицевого нерва было у 43 (13,3%), пересечение барабанной струны – у 6 (1,9%) ребенка. В процессе визуализации круглого окна удаление пирамидального отростка в 1/3 часть было у 51 (45,5%), 2/3 часть – у 24 (21,4%) и полностью удалялось – в 3 (2,7%) случаях. Ниша круглого окна прикрывалась сухожилием стременной мышцы на 1/3 у 136 (43,8%), на 2/3 – у 81 (26,1%) и полностью – у 14 (4,5%) больных. Высокое расположение луковичной вены отмечено в 12 (3,87%) случаях, у 3 (1%) ребенка – умеренное кровотечение, не препятствующее продолжению операции.

Из 310 случаев электроды вводились через круглое окно у 252 (81,3%) и у 58 (18,7%) – наложена кохлеостома. При введении электродов частичная оссификация базального завитка улитки выявлена у 7 (2,25%) и интраоперационная ликворея – у 11 (3,5%) детей. При интраоперационном мониторинге стапедальный рефлекс зарегистрирован у 267 (86,1%) и не отмечен в 43 (13,9%) случаях.

На основании проведенного анализа по изучению интраоперационных особенностей височной кости, следует отметить, что кохлеарная имплантация – это сложное высокотехнологичное вмешательство, требующее от квалифицированного отоларинга достаточного объема знаний анатомии височной кости с целью успешного выполнения его хирургического этапа.

© А.Ш. Амонов, 2016

*Д.М. БАЙРАК, Н.С. СТЕПАНОВА, В.М. ГРАНКОВА (МАРИУПОЛЬ, УКРАИНА)*

## **«МОРСКИЕ» НАРУЖНЫЕ ОТИТЫ**

**Актуальность проблемы.** Острый наружный отит довольно распространенное заболевание. В среднем ежегодно регистрируется 4 случая на 1000 населения (Osguthorpe J.D. et al. 2006). Удельный вес данной патологии среди всех воспалительных заболеваний наружного уха составляет от 17 до 30% (Rea P. et al., 1998;

Никифорова Г.Н. с соавт., 2014 и др.) и в 60-98% она имеет бактериальную природу (Rosenfeld R.M. et al., 2006; Поливода А.М., 2006; Кустов М.О., 2012). В настоящее время заметно изменение микробного пейзажа при наружном отите в сторону уменьшения частоты выделения *Staphylococcus aureus* за счет увели-

чения числа случаев присутствия *Pseudomonas aeruginosa* (Крюков А.И. с соавт., 2014). По зарубежным данным синегнойная палочка выделяется в 38 % случаев наряду с иными как грамотрицательными, так и грамположительными бактериями (Roland P.S. et al., 2002). При этом не стоит забывать, что в норме кожа наружного слухового прохода не стерильна, и среди более 300 различных видов бактерий и около 20 видов грибов, выделенных с ее поверхности, в 2-11% случаев фиксируются именно *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus* (Stroman D.W., et al., 2001; McCoy S.I., et al., 2004). Общеизвестно, что наружные отиты чаще наблюдаются в районах с жарким и влажным климатом, а систематическое попадание воды в наружный слуховой проход неблагоприятно влияет на защитную функцию ушной серы, снижая ее кислотность и концентрацию лизоцимов, тем самым способствуя росту бактерий.

На значительное увеличение числа воспалительных заболеваний ЛОР-органов в «купальный сезон» уже указывали наши исследователи (Пухлик С.М., Мельников О.Ф., 2009; Щелкунов А.П. с соавт., 2011). Следует отметить, что относительно пресная морская вода Азовского моря, прогретая до 25-28°C, создает благоприятные условия для размножения бактерий, а плотность отдыхающих, особенно на городских пляжах, увеличивает вероятный риск инфицирования. Этому способствует и рост числа туристов на азовском побережье в сезон отпусков по сравнению с предыдущими годами, обусловленный как экономическими, так и геополитическими проблемами.

Нами замечено, что в летний период течение острых наружных отитов более сложное, зачастую требующее дополнительного назначения антибактериальных препаратов резервных групп (в т.ч. системного действия), что приводит к пролонгированию лечебного процесса и существенному ухудшению качества жизни пациентов. Для понимания сезонной особенности этиопатогенетических механизмов развития данной нозологии нами поставлена цель – изучить микробный пейзаж больных с наружным отитом, выявить его «календарные» отличия и обосновать возможность альтернативной терапии. Был проведен сравнительный анализ историй болезни 30 больных за период 2014-2016 гг. Из них 15 – пациенты ЛОР-отделения с «пляжным» анамнезом и 15 – контрольная группа (па-

циенты «зимнего периода»). В работе учитывались данные бактериологического исследования и эффективность антибактериальной терапии, а также рекомендации по пероральному или внутривенному применению левофлоксацина при лечении острого диффузного наружного отита («уха пловца») (Оковитый С.В. с соавт., 2012).

**Результаты и их обсуждение.** По данным бактериологического исследования в мазках пациентов группы контроля преобладали *Pseudomonas aeruginosa* (53,3%) и *Staphylococcus aureus* (40% случаев), что вполне соответствует литературным данным. Однако в основной группе синегнойная палочка выделялась лишь в 13,3% случаев, тогда как доминировали (46,7%) микробные ассоциации *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* и *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*. Согласно данным литературы эти микроорганизмы относятся к редким патогенам при воспалительных заболеваниях наружного уха, а *Str. agalactiae* и вовсе не типичен для данной локализации. Все выявленные микроорганизмы попадают в спектр действия фторхинолонов, что и объясняет эффективность их применения (катамнестически) среди пациентов основной группы: на основании полученных микробиологических данных нами назначался левофлоксацин (Леволет®) 5-7-дневным курсом как дополнительное средство при неэффективности базовой терапии. Быстрое достижение клинического эффекта и отсутствие побочных действий позволило нам впоследствии включить Леволет® в арсенал средств для стартовой терапии «морских» наружных отитов. Необходимо учитывать развитие фотосенсибилизации на фоне применения фторхинолонов и исключить не только нахождение пациента на открытом солнце, но и использование традиционных физиопроцедур с искусственным ультрафиолетовым облучением.

#### **Выводы:**

При отсутствии противопоказаний вполне обосновано применение левофлоксацина (Леволет®) для лечения острых наружных отитов пляжного сезона.

Учитывая небольшой объем выборки, а также ограничение карты исследований определенной территорией северной части азовского побережья, данный вопрос требует дальнейшего изучения.

## ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ НА ГОРТАНІ У ХВОРИХ НА ТРАНССЕКСУАЛІЗМ, ХОНДРОЛАРИНГОПЛАСТИКА ТА ФЕМІНІЗАЦІЯ ГОЛОСУ

Транссексуальність – термін, що позначає стан неузгодженості між біологічною статтю і гендерною ідентичністю індивіда. У МКБ-10 ця патологія відповідає шифру F.64.0. Транссексуалізм – це патологія. Щоб продемонструвати розмах відмінностей в частоті виявлення транссексуалізму, наведемо такі дані. Так, в дослідженнях, які були проведені в Швеції (1967-1970 рр.), було встановлено співвідношення: 9 транссексуалів на 6 млн. Населення. Разом з тим в Сінгапурі, який займає перше місце в світі за частотою виявлення транссексуалізму, з 1971 по 1976 рік. число транссексуалів обох статей склало 1 на 25 тис. жителів. Друге місце після Сінгапуру за поширеністю транссексуалізму в світі і перше в Європі займають Нідерланди. Так, в цій країні відзначається 1 випадок транссексуалізму на 11900 чоловічого населення і 1 випадок на 30400 жіночого. Сутність транссексуалізму досі остаточно не ясна. Одні автори дотримуються біологічних концепцій (генетичної), інші – вирішальне значення надають психосоціальним факторам.

В Україні, як майбутній країні Євросоюзу велике значення надається толерантності до людей зі зміненою статеву орієнтацію. У випадку такого захворювання як транссексуалізм велике значення має повноцінне лікування з метою адаптації хворого до умов суспільства та позбавлення хворого великої психологічної травми.

З метою хірургічного транссексуалізму проведення операції по зміні статі замало для

повноцінної адаптації. Хворий потребує також оперативного лікування з боку гортані з метою зміни голосу та форми ший. Кадик - вторинна статева ознака у чоловіків, сформований двома пластинами щитовидного хряща. Суттєво зменшити кадик без операції практично неможливо. Хондроларингопластика є однією з операцій, що проводяться при зміні статі пацієнта (MtF – male to female) з чоловічої на жіночу. Метою операції є зменшення кадика. Операція по зменшенню кадика проводиться під загальною анестезією. Пластичний хірург робить розріз розміром 2-4 см на рівні середньої третини кадика. Найчастіше розріз проходить вздовж природної шкірної складки, що дозволяє зробити післяопераційний рубець менш помітним. Щитовидний хрящ оголюється до охрястя і видаляється виступаючий край кадика до необхідних розмірів. По завершенні зменшення самого кадика хірург зшиває зовнішні м'язи гортані і накладає косметичний шов.

З метою фемінізації голосу ми проводимо мікроларингохірургічне втручання по переміщенню передньої комісури гортані, що зменшує робочу довжину голосових зв'язок та підвищує основні голосові форманти. Важливим моментом є подальша фонопедія.

Вперше в Україні нами розроблені та впроваджені в практику хірургічні варіанти ларингохірургічної допомоги хворим на транссексуалізм.

© Д.І. Безбах, Т.Г. Мілоченко, 2016

## ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ОТИТОМ, УСКЛАДНЕНИМ МАСТОЇДИТОМ

Актуальність надання медичної допомоги хворим з гострими запальними процесами структур середнього вуха полягає в серйозних соціальних і медичних наслідках цього захворювання, а саме – розвитку приглухуватості, глухоти, непрацездатності, і, навіть, загрози для життя пацієнта. Частота ускладнення гострого середнього отиту гострим мастоїдитом (ГМ) становить близько 10,8%.

Роль вірусних інфекцій у виникненні гострого середнього отиту підтверджується імунофлюоресцентним та іншими методами діагнос-

тики, які в основному виявляють віруси грипу, парагрипу, аденовіруси.

На жаль методи і тактика надання допомоги пацієнтам, хворим на гнійний середній отит, ускладнений мастоїдитом, є не достатньо ефективними, та потребують подальшого вдосконалення.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування хворих на гострий мастоїдит шляхом використання нової схеми консервативної терапії та модифікованої антромастоїдотомії із дренажуванням.

### Матеріали і методи дослідження.

В період з 2009 по 2016 рр. на базі ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні та ЛОР-відділення Міської клінічної лікарні №2 було обстежено та проліковано 83 пацієнти, хворих на гострий середній отит, ускладненим мастоїдитом. Їх було розподілено на 2 групи: досліджувана – 1-а група (n=48) і група порівняння – 2-а група (n=35).

Пацієнтам 1-ї групи в комплексну терапію ГМ, крім загальноприйнятої, додатково призначали препарати, що мають протівірусну дію. В залежності від виду наданої медичної допомоги пацієнти в межах цих груп були виділені наступні підгрупи:

Підгрупа 1-а – лікування проведено без антротомії. В них застосовували парацетез та шунтування барабанної перетинки;

підгрупі 1-б проводили операцію тунельної ендоскопічної антротомії, під час якої відновляли прохідність антро-тимпанального співусть. Воно розширювалось до тих меж, коли при проведенні пневматичної проби, повітря або рідина починали вільно проходити через нього.

1-в підгрупа, у хворих якої виявляли некротичні зміни структур соскоподібного відростку, проводилась модифікована нами антромастоїдотомія.

2-а (підгрупа порівняння), пацієнтам якої проводили консервативне лікування в поєднанні з парацетезом барабанної перетинки та тимпанопункцією.

2-б (група порівняння), пацієнтам якої, проводили класичну антромастоїдотомію.

У схему стандартного обстеження всіх пацієнтів була включена комп'ютерна томографія соскоподібних відростків. Перевага надавалась конусно-променевої томографії, при якій пацієнт отримує майже в 10 разів менше променевого навантаження (не більше 50 мкЗв). При цьому сканується тільки зона інтересу – соскоподібний відросток. Основним показником, згідно якого вирішувалась необхідність переходу до хірургічної тактики лікування, була динаміка індексу пневматизації клітин соскоподібного відростку.

При проведенні комплексного лікування хворих на ГМ були розроблені критерії переходу від консервативної до хірургічної тактики (клінічні, комп'ютерно-томографічні, лабораторні).

Перед вибором тактики лікування ГМ необхідно проводити КТ-дослідження, яке дає можливість визначити наявність збереження аттико-антрального сполучення.

З початку лікування хворого слід, в динаміці, звертати увагу в динаміці на відновлення дренажної системи середнього вуха, що може допомогти уникнути травматичного хірургічного втручання.

Отримані морфологічні дані, що до змін слизової оболонки соскоподібного відростка при ГМ визначають необхідність включення в схему терапії ГМ протівірусних препаратів (протефлазид).

© М.І. Безега, 2016

*С.Б. БЕЗШАПОЧНЫЙ (ПОЛТАВА, УКРАИНА)*

### СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Риносинусит (РС) – инфекционный воспалительный процесс бактериальной или вирусной этиологии, локализирующийся в слизистой оболочке носа и околоносовых пазухах (ОНП). Воспалительные заболевания носа и ОНП являются ведущими в оториноларингологии по частоте обращаемости больных, как в поликлиники, так и в ЛОР-стационары. Чаще всего РС развивается на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Считается, что практически при любом ОРЗ в процесс в той или иной степени вовлекаются ОНП. РС не только часто приводит к временной потере трудоспособности, но и су-

щественно сказывается на качестве жизни больных. Установлено, что клинические проявления и острого, и хронического РС приводят к ухудшению качества жизни пациента, причем это ухудшение даже более выражено, чем при ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). У 26% больных РС сопровождается развитием или прогрессированием психической депрессии. Спектр возбудителей острого бактериального синусита остается относительно постоянным, наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) и *Haemophilus*

influenzae (гемофильная палочка). Реже возбудителями могут быть Streptococcus pyogenes, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, анаэробы. M. catarrhalis чаще является возбудителем острого РС у детей. Значение внутриклеточных возбудителей в этиологии острого РС пока окончательно не выяснено. По мнению некоторых авторов, Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae могут быть источником воспаления ОНП в 8-25% случаев.

Основными целями при лечении острого и рецидивирующего РС являются: сокращение длительности заболевания; предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений; эрадикация возбудителя; предотвратить переход острого синусита в хронический. В случае необходимости антимикробного лечения бактериального синусита, антибиотик для лечения синусита обычно выбирается эмпирически в силу известных недостатков культурального исследования материала из околоносовых пазух и инвазивности методик его забора. Эффективная системная антибиотикотерапия обеспечивает более быстрое выздоровление и более высокий процент эрадикации возбудителей. Антибиотикотерапия, благодаря угнетению роста бактерий, способствует быстрому уменьшению отека слизистой оболочки носа и околоносовых пазух и, таким образом, восстановлению адекватного дренирования и вентиляции полости пазух.

Моксифлоксацин – препарат первого выбора в случае реакции повышенной чувствительности к бета-лактамам антибиотикам и риска резистентности к антибиотикам, неудачи терапии после 3 дней получения антибиотиков в предыдущие 4-6 недель, тяжелые инфекционные заболевания, требующие госпитализации. В

последнее время для лечения бактериальных инфекций рекомендуется руководствоваться принципом «первый и самый лучший», который гласит: «для достижения высокой клинической и бактериологической эффективности в качестве препарата первой линии следует назначать антибиотик с наиболее благоприятными фармакокинетическими фармакодинамическими, бактериологическими свойствами, с учетом профиля его безопасности и удобства применения». При таком подходе быстро и эффективно эрадируются все возбудители синуса, что обеспечивает положительный клинический результат, предотвращает рецидив заболевания и дальнейшее развитие резистентности. Выбор антибиотиков очень широк. Практическому врачу трудно сразу сориентироваться в таком море препаратов. Поэтому ниже мы рассмотрим, почему именно моксифлоксацин, а не амоксициллин/клавулонат стоит выбрать в лечении бактериального риносинусита. При сравнении моксифлоксацина с амоксициллином/клавулонатом при лечении бактериального синусита [1]. Две группы пациентов принимали – одна моксифлоксацин 400 мг на протяжении 5 дней, вторая амоксициллин/клавулонат 500/125 мг три раза в сутки на протяжении 10 дней. Моксифлоксацин показал клиническую и бактериологическую эквивалентность с амоксициллином/клавулонатом в лечении острого бактериального синусита. Но моксифлоксацин один раз в день коротким курсом повышает комплаенс к лечению в сравнении с приемом препарата 2 раза или 3 раза в сутки на протяжении 10 дней.

Эффективная системная антибиотикотерапия обеспечивает более быстрое выздоровление и более высокий процент эрадикации возбудителя.

© С.Б. Безшапочный, 2016

*С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, В.В. ЛОБУРЕЦЬ, О.Г. ПОДОВЖНИЙ (ПОЛТАВА, УКРАЇНА)*

### **УРАЖЕННЯ ПАРАНАЗАЛЬНИХ СИНУСІВ ГРИБКОВОЇ ЕТИОЛОГІЇ: СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ**

Розповсюдженою формою мікозу навколоносових пазух є міцетом. В більшості випадків захворювання викликається грибами Aspergillus. Ці гриби поширені в природі, зустрічаються в ґрунті, сіні, зіпсованій їжі, пліснях, домашньому пилу.

Метою проведеного дослідження було підвищення ефективності діагностики, лікування і

реабілітації хворих з хронічними мікотичними захворюваннями носа і навколоносових пазух на основі даних функціональних та ендоскопічних досліджень архітекtonіки різних навколоносових пазух і внутрішньоносових структур.

**Матеріал та методи дослідження.** Для вирішення поставлених цілей, нами було проведено обстеження і лікування 156 хворих у віці



від 18 до 65 років з хронічними запальними захворюваннями навколоносових пазух грибкової етіології та їх ускладненнями. За методами лікування хворі були розподілені на дві групи: 1 група – основна та 2 – група порівняння, 113 та 43 пацієнти відповідно. За співвідношенням за віком, статтю та захворюваннями обидві досліджувані групи були однорідними ( $P > 0,005$ ).

Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб із числа студентів, на яких проведено дослідження стану мукоциліарного кліренсу (сахариновий тест) та дихальної функції носа – ринопневмометрія. Всім обстежуваним пацієнтам нами проводилося дослідження стану аеродинаміки порожнини носа.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При проведенні клінічних та мікологічних досліджень встановлено, що у 134 (85,9%) пацієнтів діагностована хронічна неінвазивна форма грибкового синуситу – міцетомма. При цьому найбільш розповсюдженою локалізацією виявлено верхньощелепну пазуху – 84 пацієнта. Інвазивна форма грибкового синуситу спостерігалась у 18 випадках.

Основними скаргами при одонтогенному запаленні максиллярного синусу був біль або тяжкість у проекції пазухи (84,5%) і гнійні виділення з носа (79,1%). Характерною відмінною ознакою для одонтогенних верхньощелепних синуситів можна назвати відчуття неприємного запаху в носі (85,5%).

Утруднення носового дихання відзначали 80% хворих на риногенну форму синуситу і тільки 40,9% пацієнтів – з одонтогенним. При одонтогенному синуситі набряк м'яких тканин в проекції максиллярного синусу констатовано в

2,5 рази частіше, ніж при риногенному (62,7% та 20% відповідно).

У 2-й, групі порівняння, пацієнтів на 10 добу нами спостерігалася позитивна динаміка зі статистично недостовірним відставанням від основної групи: утруднення носового дихання відзначалося у  $73,9 \pm 5,1\%$ , рідкі гнійні виділення з носа, виділення з носа у вигляді «рідкого сиру» з запахом «цвілі» і відчуття тиску в підглазничній області більше не спостерігалися. У  $4,3 \pm 4,2\%$  зберігалася біль в зубах верхньої щелепи, головний біль зберігалася у  $58,7 \pm 7,4\%$  з  $62,7 \pm 6,1\%$ , зниження нюху зберігалася у всіх  $19,7 \pm 5,1\%$ , слюзотеча не спостерігалася. У пацієнтів 1 групи в жодному випадку протягом 1 року післяопераційного спостереження рецидиву поліпозного процесу ми не спостерігали. У 3 пацієнтів групи порівняння (6,98%) спостерігався рецидив поліпозного процесу протягом 8-12 міс післяопераційного періоду.

#### **Висновки.**

У переважної більшості пацієнтів (78,6%) з мікотичним ураженням навколоносових пазух мають місце морфологічні порушення внутрішньоносових структур, що порушують нормальну аеродинаміку порожнини носа, та створюють умови для порушення дренажу та вентиляції навколоносових пазух. Порушення функції мукоциліарного кліренсу порожнини носа спостерігаються у 67,9% пацієнтів з міцетоммами навколоносових пазух і корелюють з внутрішньоносовими аномаліями. Зміни в остіомеатальному комплексі при одонтогенному верхньощелепному синуситі носять вторинний характер і зустрічаються рідше (24,3%), ніж при риногенному грибковому синуситі (79,4%).

© С.Б. Безшапочний, В.В. Лобурець, О.Г. Подовжній, 2016

### **С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, А.В. ЛОБУРЕЦЬ (ПОЛТАВА, УКРАЇНА) СПОСОБИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЕНДОНАЗАЛЬНУ ФРОНТОТОМІЮ**

Серед пацієнтів, які перебувають на лікуванні в ЛОР стаціонарах України, до 40% складають синусити, причому щороку їх кількість збільшується на 1,5-2%, а хронічні форми синуситів зустрічаються у 10% населення.

Незважаючи на широке розповсюдження ендоскопічної техніки та впровадження малоінвазивних хірургічних методик, до теперішнього часу в лікуванні хронічної запальної патології фронтального синусу домінуючими лишаються

екстра назальні інвазивні хірургічні доступи. В більшості випадків їх застосування не є виправданим і досить часто, беручи до уваги травматичність, має небажані клінічні наслідки.

Частота рецидивів захворювання на фронтит після ендоскопічної функціональної синусотомії знаходиться теж на відносно високому рівні (становить більше 20%), при цьому половина з них вимагає реоперації. Таким чином, розробка і впровадження більш ефективних ме-

тодів лікування та ведення післяопераційного періоду хворих на хронічний фронтит є одним з пріоритетних напрямків сучасної ринології.

Протягом останніх двох десятиріч ендоскопічна синусохірургія була прийнята як «золотий» стандарт лікування хронічних синуситів, в разі неефективності консервативного лікування. Проте, хірургія лобної пазухи має багато технічно-важливих, складних аспектів. Фронтальний синус є найбільш варіабельним за розміром та конфігурацією, має гострий назофронтальний кут, близьке розташування до важливих анатомічних утворень, таких як нюхова зона, передня черепна ямка та орбіта. Вузько розташовані структури лобної кишені обумовлюють можливість формування післяопераційних рубців з наступним стенозом співустя сформованого лобно-носового каналу.

Метою нашого дослідження було: підвищити клінічну ефективність перебігу післяопераційного періоду пацієнтів, що перенесли ендоскопічну ендоназальну фронтотомію із застосуванням у комплексній терапії гелю гіалуронат натрію.

На базі ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні та кафедри оториноларингології з офтальмологією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» було обстежено та прооперовано 36 осіб в період з лютого 2015 по лютий 2016 р., госпіталізованих на планове оперативне втручання з приводу хронічного рецидивуючого фронтиту.

Усі пацієнти були розділені на 2 групи – досліджувана – 1-а група (n=23) та контрольна 2-а група (n=13). Статистично групи були одно-

рідні. Всім пацієнтам виконано оперативне втручання на лобній пазусі за методикою Graf 2.

В післяопераційному періоді пацієнтам обох клінічних груп була призначена терапія, що складена згідно сучасних протоколів та стандартів лікування даної нозології. Хворим контрольної групи призначалось традиційне післяопераційне лікування. Досліджуваної – першої групи, було застосовано нову методику лікування. В ході хірургічного втручання після завершення формування співустя та корекції внутрішньоносних структур у фронтальний синус через лобно-носову канюлю власної конструкції ендоназально вводили гель гіалуронат натрію об'ємом 5 мл. Згідно регламенту, на 5 добу дослідження введення препарату в лобний синус повторюють.

Ефективність запропонованого комплексного методу лікування визначали на основі аналізу суб'єктивних та об'єктивних критеріїв, котрі досліджувались до операції, на 3, 5, 7 та 10 добу після ендоназального хірургічного втручання.

В результаті дослідження було доведено, що хронічні форми фронтитів в більшості випадків (80,56 %) зустрічаються у вигляді полісинуситів і поєднуються з різними порушеннями внутрішньоносних структур (77,78%), що вимагає від ринохірурга симультантного хірургічного підходу. Застосування гелю гіалуронат натрію у комплексному лікуванні пацієнтів з хронічною формою фронтиту дозволяє досягти більш вираженої позитивної динаміки основних симптомів хронічного запалення слизової оболонки навколоносових пазух.

© С.Б. Безшапочний, А.В. Лобурець, 2016

*В.В. БЕРЕЗНЮК, Д.В. ЛЫЩЕНКО, А.К. МОРГАЧЕВА, И.В. БЕРЕЗНЮК  
(ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)*

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА С ПОРАЖЕНИЕМ СРЕДНЕГО УХА И НОСА**

Гранулематоз Вегенера (ГВ) – заболевание из группы системных васкулитов, характеризующееся развитием некротизирующего гранулематозного воспаления и некротизирующего васкулита с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, лёгких и почек. Этиология ГВ до сегодняшнего дня изучена недостаточно. Ранняя диагностика гранулематоза Вегенера в практике врача отоларинголога является сложной и важной задачей. За последние 10

лет заболеваемость гранулематозом Вегенера в европейских странах возросла и на сегодняшний день по статистике составляет от 5 до 10 случаев на 100 000 человек.

В мировой литературе при описании дебюта заболевания, редко упоминаются проявления со стороны среднего уха. Наши наблюдения показывают, что на сегодняшний день, первые симптомы ГВ зачастую связаны с поражением среднего уха в связи с чем, па-

циенты обращаются за помощью к отоларингологу.

За последние 2 года в ревматологическом отделении Днепропетровской облбольницы наблюдались 8 случаев гранулематоза Вегенера.

Из них в ЛОР клинике установлен диагноз у 6 чел – у 5 мужчин и одной женщины. В четырех случаях первым проявлением заболевания был острый двухсторонний отит, и в двух случаях – риносинусит.

Пациенты, у которых первые проявления отмечались со стороны ушей, основными жалобами были снижение слуха на оба уха, выделения из ушей слизисто-гнойного характера, боли, шум в ушах. У двух пациентов отмечался парез VII н. Из общих симптомов отмечалась лихорадка, боли в суставах, общая слабость, нарушение сна. При отоскопии отмечалось наличие слизисто-гнойного отделяемого в барабанной полости которая была заполнена грануляциями бледно-розового цвета. Парез VII н в двух случаях носил характер периферического поражения и появился через две недели после появления первых симптомов заболевания.

У пациентов с поражением носа и околоносовых пазух, основными жалобами были наличие корок и кровянистых выделений из носа, у одного пациента отмечался отек и гиперемия век, боли в ушах, симптомы общей интоксикации, лихорадка. У одного пациента в анамнезе пункции верхнечелюстной пазухи, эндоскопическая полисинусотомия, которые не принесли облегчения. Следует отметить что все пациенты на догоспитальном этапе обращались к ЛОР врачам, но после проведенного стандартного лечения положительная динамика не отмечалась. При риноскопии в полости носа отмечалось наличие кровянистых корок, слизисто-гнойное отделяемое в общих носовых ходах и в одном случае, в области среднего носового хода отмечалось наличие грануляционной ткани.

Все больные были обследованы согласно современным стандартам. Обследование включало: анализ крови на АНЦА (антинейтрофильные цитоплазматические антитела), клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, рентгеновское исследование легких, биопсия грануляционной ткани, эндоскопия носа, компьютерная томография придаточных пазух носа.

Поскольку в возникновении ГВ большую роль играют инфекции как острые, так и хронические, мы проводили исследования крови у пациентов на ВИЧ, Гепатиты «В» и «С», РВ, а так же бактериологические исследования отделяемого из верхних дыхательных путей.

В лабораторных исследованиях крови и мочи у пациентов, находившихся на лечении в отделении МХУха, отклонений выявлено не было, возможно в результате раннего обращения пациентов. На КТ придаточных пазух носа у пятерых пациентов отмечалось значительное утолщение слизистой всех околоносовых пазух. При исследовании антинейтрофильных цитоплазматических антител во всех случаях отмечалось повышение титра. При биопсии: в биоптате обнаружены признаки некротического васкулита, сопровождающиеся гранулематозным воспалением. Со стороны легких и почек значительных изменений выявлено не было.

Следует отметить, что 2 пациентам, в связи с выраженной активностью процесса в среднем ухе и появлением пареза лицевого нерва, было произведено хирургическое вмешательство, с целью санации полостей среднего уха. В результате оперативного вмешательства у пациентов не отмечалось улучшения функции лицевого нерва и снижения активности процесса. Напротив, мы наблюдали усиление боли в ухе и активный рост грануляций.

После подтверждения диагноза БВ – совместно с ревматологами было назначено лечение: комбинация глюкокортикостероидов с циклофосфамидом. У всех больных после начала лечения отмечалась резко положительная динамика. Кроме 1 пациента с глазными и неврологическими проявлениями БВ из-за поздней диагностики лечение не дало эффекта. Пациент умер.

Таким образом, мы хотим обратить внимание отоларингологов на значительное учащение случаев ГВ (в 2-3 р), дебют заболевания, по нашим наблюдениям часто связан с поражением среднего уха. Так же следует отметить, что при настороженности врача-отоларинголога в отношении ГВ, он дает шанс, проведя соответствующее обследование пациента, своевременно установить диагноз и назначить адекватное лечение. Что в случае с пациентами, страдающими ГВ, позволяет сохранить им жизнь.

© В.В. Березнюк, Д.В. Лыщенко, А.К. Моргачева, И.В. Березнюк, 2016

## ДЕЯКІ МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

У початковому періоді хірургії отосклерозу стременовому м'язу та ковадло-стременовому суглобу не приділяли належної уваги, і стапедопластику починали із порушення цих структур [М. Portmann, 1960; J. Shea, 1962]. Та чимало отохірургів вважали за необхідне збереження зазначених анатомічних утворень [J. Farrior, 1960; H. Guillon, 1960; О.К. Патякіна, 1966; Ю.П. Ульянов, 1966; В.М. Марченко, 1969; І.В. Солдатов, 1974; Л.Г. Сватко, 1979]. При вимушеному роз'єднанні ковадло-стременового суглобу під час операції В.А. Гукович і В.Ф. Кургузова [1979] запропонували навіть реконструкцію цих адаптаційних структур. Але окремі, до того ж, і деякі видатні отохірурги продовжували дотримуватись методики стапедопластики за J. Shea, яка передбачає, як відомо, початок операції з перетинання сухожилля стременового м'язу, та з дезартикуляції у ковадло-стременовому суглобі. Отже, стосовно збереження адаптаційних структур середнього вуха по ходу стапедопластики на протязі тривалого часу єдиного погляду не складалося.

Починаючи з 70-тих років минулого століття ми намагались виконувати стапедопластику із збереженням стременового м'язу та ковадло-стременового суглобу [В.Ф. Філатов, Г.М. Блувштейн, 1975; 1985]. Після ендомеатального доступу проводили перетинання і часткове усунення ніжок анкілозованого стремена. Стремений м'яз із його сухожиллям та ковадло-стремений суглоб повністю зберігали. Утворювали отвір у звільненій від мукоперіосту та найменш зміненій ділянці основи стремена, установлювали тefлоновий протез, фіксуючи його на довгій ніжці ковадла. При гучних звуках в операційній ми неодноразово спостерігали скорочення стременового м'яза. Це наочно свідчило про збереження стапедіального рефлексу, незважаючи на тривале обмеження його активності внаслідок анкілозу стремена. Розгляд результатів 468 первинних операцій стапедопластики, поряд із покращенням слуху до соціально адекватного рівня у більшості оперованих, виявив суттєву різницю між окремими групами пацієнтів щодо дискомфорту сприйняття гучності. Із 279 пацієнтів, оперованих згідно з методикою J. Shea, на акустичну гіперестезію у віддалені строки скаржилось 69 пацієнтів, або 25% оперованих. Імпедансометрія у цих пацієнтів до- і після операцій постійно виявляла інвер-

сію - негативно спрямовані акустичні рефлекси внаслідок послаблення чи навіть випадіння стапедіального, позитивно спрямованого рефлексу. За цих умов при формуванні акустичного рефлексу, як складової протилежно спрямованих зусиль обох внутрішньовушних м'язів, починає переважати тензорний, негативно спрямований акустичний рефлекс – прояв недостатності стапедіального рефлексу.

Серед 189 оперованих ощадливим методом акустична гіперестезія проявлялась у 23, або лише у 12% пацієнтів. А імпедансометрія у всіх оперованих таким способом виявляла поступове післяопераційне згасання амплітуди негативно спрямованих, тобто інвертованих тензорних акустичних рефлексів. Натомість у строки від 4 місяців до 1 року починали з'являтися нормальні позитивно спрямовані стапедіальні акустичні рефлекси. Отримані результати засвідчують, що у пацієнтів, оперованих ощадливим методом, поряд із покращенням слуху, відбувається поступове відновлення потужної захисної функції м'язів середнього вуха [Г.М. Блувштейн, В.Ф.Філатов, 2001; Г.М. Блувштейн, 2014]. Та позитивне значення ощадливої стапедопластики полягає ще й у більш надійній при цьому фіксації тefлонового протеза стремена на довгій ніжці ковадла. До того ж, це повністю зберігає її судинні зв'язки із неушкодженим стременим м'язом, що гарантує довгу ніжку ковадла від асептичного некрозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Отже, маємо достатні підстави вважати ощадливу стапедопластику із збереженням стременового м'язу та ковадло-стременового суглобу методом вибору, як фізіологічно обґрунтованого, та найменш травматичного втручання. Згідно з нашим скромним досвідом, подібна ощадлива методика може бути придатна для більшості хворих, яким показана стапедопластика. І тільки у окремих пацієнтів при надзвичайно несприятливих анатомічних умовах – суттєвому нависанні підвищення фаллопієва каналу, значних його дегісценціях, різко звуженій ніші вікна присінка, а також у разі необхідності свердління надмірно осифікованої основи стремена тощо – ощадлива методика по ходу стапедопластики може виявитись технічно ускладненою, а часом навіть і нездійсненною. І в цих виняткових ситуаціях обставини мимоволі змушують звертатись до методики, запропонованої J. Shea [1962].

**БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ  
ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ  
ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МЕЗОТИМПАНИТА**

Купирование обострения хронического мезотимпанита имеет своей целью либо подготовку уха к оперативному лечению, либо, если операция по каким-либо причинам невозможна или нежелательна, продление ремиссии на возможно более долгий срок.

За период с 2013 по 2015 гг. под нашим наблюдением находилось 28 больных с обострением хронического мезотимпанита, мужчин и женщин, в возрасте от 22 до 58 лет. Больные были разделены на 2 группы по 14 человек, равного половозрастного состава. В первой группе лечение заключалось в туалете слухового канала и барабанной полости, санации носоглотки и слуховой трубы и местном применении антибактериальных капель, в зависимости от результатов исследования чувствительности микрофлоры уха к антибиотикам. Во второй группе к традиционному лечению был добавлен препарат группы иммуномодуляторов – настойка эхинацеи пурпурной (Украина). Приём препарата осуществлялся согласно инструкции.

Для изучения динамики некоторых показателей клеточного иммунитета мукоперисто барабанной полости в процессе лечения нами была использована собственная методика забора клеточного материала из барабанной полости с последующим определением изменения уровня экспрессии молекулярных маркеров активации лимфоцитов гистоиммуноцитохимическим методом. Для иммунофенотипирования использовали панель специфических одноименных моноклональных антител производства Украины (Киевский НИИ онкологии): CD7+ – маркер активации лейкоцитов, CD5+ – маркер аутоагрессии, CD45+ – рецептор протеинтирозинфосфатазы, который участвует в рецепторопосредуемой активации лимфоцитов и CD95+ – опосредующий сигналы, индуцирующие апоптоз. Забор материала для исследования производился перед началом лечения, на 5-е сутки лечения, при выписке больного и через 1 месяц при контрольном посещении. Результаты исследований приведены в таблице.

	Перед началом лечения	5-е сутки	При выписке	1 месяц
Группа 1				
CD 7 <sup>+</sup>	19,4±3,2%	21,3±4,2%	23,1±2,2%	22,3±4,3%
CD 45 <sup>+</sup>	27,1±5,8%	24,2±4,4%	24,7±4,2%	25,8±3,9%
CD 5 <sup>+</sup>	22,1±5,8%	21,6±5,1%	20,6±4,9%	21,8±4,7%
CD 95 <sup>+</sup>	29,6±8,9%	25,3±7,1%	24,9±4,4%	21,7±3,9%
Группа 2				
CD 7 <sup>+</sup>	19,9±4,7%	23,1±1,7%	25,2±2,1%	24,6±3,8%
CD 45 <sup>+</sup>	26,9±5,6%	23,9±2,9%	27,2±2,6%	22,1±3,5%
CD 5 <sup>+</sup>	21,7±5,2%	21,0±2,1%	18,2±2,6%	19,5±4,3%
CD 95 <sup>+</sup>	28,9±8,4%	23,4±4,4%	22,3±7,1 %	19,6±8,9 %

Как следует из таблицы, к 5-му дню лечения показатели в обеих группах существенно не различались. К моменту выписки у пациентов группы 2 отмечалось повышение показателей активации лейкоцитов и снижение показателей аутоагрессии и апоптоза по сравнению с пациентами группы 1. Через 1 месяц такая тенденция сохранялась, хотя и в менее выраженном виде.

**Выводы:** включение иммуномодулятора в комплексное лечение обострения хроническо-

го мезотимпанита приводит к увеличению уровня экспрессии маркеров активации лейкоцитов, как непосредственно после окончания курса лечения, так и в отдалённом (1 месяц) периоде;

- включение иммуномодулятора в комплексное лечение обострения хронического мезотимпанита приводит к снижению уровня экспрессии маркеров аутоагрессии и апоптоза как непосредственно после окончания курса лечения, так и в отдалённом (1 месяц) периоде.

*О.М. БОРИСЕНКО, Г.Ю. МІНІНА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ПОРУШЕННЯ СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОЗТАШУВАННЯ АКУСТИЧНОЇ НЕВРИНОМИ**

Залишається актуальним питання про варіабельність перебігу хвороби у зв'язку з розміром і локалізацією розташування АН у внутрішньому слуховому ході (ВСХ). Стан слуху у пацієнтів з акустичною невриномою за нашими спостереженнями відрізняється у хворих з різною локалізацією пухлини у внутрішньому слуховому ході.

Стан слухової функції визначався за допомогою проведення тональної порогової аудіометрії, реєстрації коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП). Нами виявлено, що у хворих з розташуванням пухлини у дна внутрішнього слухового ходу достовірно частіше зустрічалась глухота – 27,4%, тоді як у хворих з вільним дном від пухлини – 10,4% хворих ( $p < 0,01$ ). Глухота, як перший клінічний прояв хвороби було виявлено у 6,5% пацієнтів у яких дно ВСХ заповнено невриномою, тоді як хвороба у пацієнтів з вільним від пухлини дном не починалась з виникнення глухоти. У хворих з заповненим дном ВСХ III-V ступені приглухуватості спосте-

рігались у 90,2% випадків, тоді як у пацієнтів з вільним дном ВСХ ці ступені відмічені лише у 56,2% пацієнтів. Дані результати свідчать про більш важку втрату слуху, коли АН локалізована біля дна ВСХ. Виявлено статистично достовірне підтвердження ( $p < 0,01$ ) того, що у хворих з розташуванням АН у дна ВСХ характерна відсутність реєстрації піків кривої КСВП у зв'язку з вираженою втратою слухової функції (56,5% випадків), ніж у осіб з вільним від пухлини дном (24,9% випадків). У хворих з вільним дном ВСХ в 6,3% випадках зафіксовані нормальні показники латентності та міжпікові інтервали КСВП. Відсутність реєстрації кривої КСВП переважала в групі пацієнтів із заповненим дном ВСХ – у 2,9 рази частіше порівняно з іншою групою.

Таким чином, за нашими спостереженнями, у пацієнтів з розташуванням акустичної неврини у дна ВСХ не залежно від розмірів пухлини відмічається більш важка втрата слуху, що в подальшому може впливати на вибір методу лікування у цих хворих.

© О.М. Борисенко, Г.Ю. Мініна, 2016

*В.М. ВАСИЛЬЄВ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ДО 175-РІЧЧЯ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ. СПОГАДИ ПРО ВЧИТЕЛЯ**

У вересні 2016 року виповнюється 175 років з дня відкриття медичного факультету в Університеті св. Володимира в м. Києві, що зараз є Національним Медичним Університетом імені О.О. Богомольця. В історії університету важливу роль відігравали всесвітньовідомі особистості – хірурги М.І. Пирогов, В.А. Караваєв, М.М. Волкович, терапевти В.П. Образцов, М.Д. Стражеско, анатоми В.О. Бец, М.С. Спіров та багато інших вчених нашого університету, які стали визнаними корифеями медицини, здійснили великий внесок в розвиток світової та вітчизняної науки.

Лауреат Державної Премії України, Заслужений діяч науки і техніки, доктор медичних наук, професор Іван Авксентійович Курилін завідував кафедрою хвороб вуха, горла та носа з 1963 по 1984 рік. Протягом останніх десяти років він був головою Правління наукового това-

риства оториноларингологів України, головним редактором ЖУНГБ, організатором 5 та 6 ЛОР-з'їздів України.

Творчі здобутки проф. І.А. Куриліна загальновідомі. Він започаткував новий етап реконструктивно-пластичну хірургії в оториноларингології України вперше застосовувавши сітчасті аллоімпланти при відновних операціях на гортані і трахеї, розробив нові методи хірургічного та комплексного лікування склероми з застосуванням протирецидивних курсів, вніс вагомий вклад в розвиток дитячої оториноларингології. Професор І.А. Курилін та його учні розробили та застосовували вперше на Україні нові способи діагностики та лікування ранніх стадій раку гортані (метод мікроларингоскопії та мікроларингохірургії, флюорисцентної мікроларингоскопії), лікування хворих при різноманітній ургентній ЛОР-патології, при запальних проце-

сах, папіломатозі гортані, запропонували нову концепцію патогенезу озени.

Відмічаючи його наукові надбання, треба згадати його надзвичайні людські якості та організаційний талант, що дозволило підібрати кадри перспективної молоді, навчити її, згуртувати та об'єднати навколо себе учнів, однодумців, продовжувачів своєї справи, тобто створити власну школу – школу професора Куриліна.

Професор Іван Авксентійович Курилін був людиною широкої вдачі, щирим і відвертим, великим життєлюбом, добрим і мудрим та водночас принциповим і нетерпимим до будь-яких проявів непорядності і нещирості, недбалого відношення до дорученої справи. Він був чуйним, уважним вихователем і наставником молоді, постійно турбувався і максимально сприяв професійному росту своїх учнів, щиро радів їх успіхам. В колективі клініки Іван Авксентійович створив атмосферу доброзичливості, відвертості, він по-справжньому любив своїх учнів, не виділяючи особисто нікого. Тому ні в кого з нас навіть в думці не могло бути бажання поскаржитись шефу на якісь негарні вчинки колеги. Серед нас, його учнів, існували товариські, дружні відносини, інколи навіть на сімейному рівні.

© В.М. Васильєв, 2016

В особистому житті Іван Авксентійович був також щирою, порядною, доброю людиною, люблячим батьком, ніжним другом своєї дружини Тетяни Сергіївни, яка відносила до нас, його учнів, як до рідних.

Серед нашого народу існують вислів: скажи мені хто твої друзі і я скажу тобі хто ти є сам. Товаришами, друзями проф. І.А. Куриліна були відомі люди – тричі Герой Радянського Союзу, маршал авіації Олександр Покришкін, академіки, професори Микола Амосов, Олександр Шалімов, Микола Даль, Народний артист СРСР Сергій Козак. Багаторічна дружба пов'язувала сім'ю Куриліних і сім'ю відомого хірурга, міністра охорони здоров'я України, ректора Київського медичного інституту професора Миколи Братуся.

В нашій пам'яті професор І.А. Курилін залишиться назавжди. Кожного року 6 березня на день народження Івана Авксентійовича ми відвідуємо його могилу на Байковому кладовищі, покладаємо квіти до пам'ятника і схиляємо голови на знак глибокої вдячності і поваги до людини з великої літери, доброго і мудрого вчителя, справжнього наставника і друга. Як люди, що є прикладом самовідданого служіння людям і народу України.

*П.В. ВИННИЧУК, Г.Э. ТИМЕН, Е.Л. РУДЕНЬКА, Е.Г. ЧАЩЕВАЯ, А.С. МУДРЫЙ  
(КИЕВ, УКРАИНА)*

## **МЕАТОТИМПАНОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗАМИ НАРУЖНЫХ СЛУХОВЫХ ПРОХОДОВ**

Меатотимпаноластика или каналопластика – это вид хирургического вмешательства, направленный на воссоздание или расширение наружного слухового прохода и при необходимости реконструкцию слухового аппарата среднего уха. Показаниями к ее проведению являются снижение слуха, атрезия или стеноз наружного слухового прохода. Данные заболевания встречаются с частотой 1 случай на 10 000-20 000 новорожденных.

За последние 10 лет, под нашим наблюдением находилось 11 больных в возрасте от 4 до 18 лет со стенозом наружных слуховых проходов в костном отделе. Двухстороннее поражение диагностировано у 3 пациентов, а одностороннее – у 8.

В предоперационном периоде проводился весь комплекс аудиометрических и общеклинических методов исследования, КТ височных

костей и МРТ головного мозга, а также осмотры психиатра, невропатолога и сурдолога.

Все операции проводились под общим наркозом с искусственной вентиляцией легких. В большинстве случаев индукция в наркоз достигалась внутривенным введением пропофола, в расчетной дозе 3 мг/кг. Базис наркоз обеспечивался пропофолом, в дозе 8-12 мг/кг/час, или севораном 2,5-2,7 об%.

Этапы хирургического вмешательства у больных со стенозами наружных слуховых проходов:

1) заушный разрез, отсепаровка подлежащих тканей и кожи наружного слухового прохода;

2) расширение meatus acusticus externus ossis режущими и алмазными фрезами, за счет истончения передне-верне-задней стенок;

3) ревизия барабанной перепонки;

4) оссикулопластика и мирингопластика (при необходимости);

5) пластика стенок наружного слухового прохода раннее отсепарованной кожей и свободным кожным лоскутом.

Всего произведено 9 хирургических вмешательств. При контрольных осмотрах через 1-

2-6 мес. просвет наружных слуховых проходов оставался неизменен у 6 больных, а у 1 – отмечалось незначительное сужение. Двум пациентам произведена реоперация, в связи с послеоперационной рубцовой атрезией наружного слухового прохода.

© П.В. Винничук, Г.Э. Тимен, Е.Л. Руденька, Е.Г. Чашева, А.С. Мудрый, 2016

*М.О. ВНУКОВА, Л.В. САВЧУК, А.В. СОВСЦЬКА, В.О. ЧЕКЕРДА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТРОФІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ ЯЗИКОВОГО МИГДАЛИКА**

Актуальність проблеми гіпертрофії і хронічного запалення язикового мигдалика полягає в тому, що її поширеність значно вища, ніж вона виявляється. Це пов'язано, як з її розташуванням у важкодоступній огляду частині гортаноглотки, так і з відсутністю певного алгоритму при огляді хворих. В той же час, ці патологічні зміни в гортаноглотці можуть викликати неприємні відчуття в горлі, наявність комка в горлі, утруднення при ковтанні і диханні, що помилково приймаються за прояв фарингіту та можуть бути причиною патологічного храпу і зупинок дихання уві сні, а також робити вплив як вогнище інфекції на виникнення і перебіг системних захворювань організму.

Хірургічні втручання в цій зоні вважаються небажаними через небезпеку виникнення кровотеч і труднодоступності для її зупинки як під час оперативного втручання, так і в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді. Ми виходили з того, що дифузне розростання тканини мигдалика, яке не заважає акту ковтання і диханню, підлягає «малій хірургії» - редукції органу (зменшенню його в розмірах).

В останні роки з'явилася можливість використовувати сучасну лазерну технологію для ощадливої хірургії захворювань ЛОР органів. Мова іде про застосування апаратури DORNIER MEDILAS H 20 LASER- HOLMIUM. Дія лазерного випромінювання приводить до благополучнішого перебігу патологічного процесу і прискорення одужання: знижується запальна реакція, виражений знеболюючий ефект, відбувається активніше відновлення ураженої тканини.

**Мета роботи:** підвищення ефективності лікування хворих з гіпертрофією і хронічним запаленням язикового мигдалика з використанням лазера.

**Матеріали і методи:** За період 2015-2016 рр. під нашим спостереженням в клініці лазерної та ендоскопічної медицини «Mediland» м. Києва знаходилося 25 пацієнтів у віці 18-65 років з гіпертрофією і хронічним запаленням язикового мигдалика. Переважна кількість пацієнтів жіночої статі. Тривалість захворювання складала від одного року до 15 років. Всі пацієнти раніше отримували консервативний курс лікування у отоларинголога за місцем проживання. Основною скаргою у всіх хворих було неприємні відчуття в горлі, наявність комка, утруднення при ковтанні і диханні, інколи храп.

При відеоларингоскопії виявлена гіпертрофія язикового мигдалика. Всім хворим була виконана контактна ударна лазерна дія на гіпертрофовану тканину. Ускладнень після виконання хірургічного втручання не відмічалось. В післяопераційному періоді використовували місцеві антисептики з безпечним ефектом (гексорал спрей, тантум верде) і пероральні нестероїдні протизапальні препарати при необхідності. Для оцінки стану всім хворим в післяопераційному періоді проводилася відеоларингоскопія на 7- му, 14- ту, 21 –у добу.

**Результати:** Через рік після перенесеного втручання нам вдалося викликати і оглянути 23 пацієнта. Виявилось, що у всіх хворих відмічався позитивний результат у вигляді відсутності вищезгаданих скарг і об'єктивні ознаки зменшення об'єму язикового мигдалика в розмірах.

**Висновки:** Лазерна хірургія є сучасним ефективним методом ощадливої хірургічного втручання при гіпертрофії язикового мигдалика. Втручання не дає ускладнень в ранньому і віддаленому післяопераційному періодах, легко переноситься пацієнтами, є максимальною щадливою, не вимагає проведення антибактеріаль-



ної і протизапальної терапії в післяопераційному періоді і не порушує працездатність хворих.

Лазерна хірургія має широкі можливості застосування в оториноларингології.

© М.О. Внукова, Л.В. Савчук, А.В. Совєцька, В.О. Чекерда, 2016

*Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, А.А. ЛАЙКО, А.Ф. КАРАСЬ, Г.А. КАРАСЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІТИН КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ**

**Актуальність.** Поєднання декількох хвороб у одного пацієнта, що в літературі описується як «коморбідність» привертає особливу увагу науковців та є серйозною проблемою для охорони здоров'я в умовах тривалої вузької спеціалізації лікувальних установ і підрозділів. Це вимагає нових підходів в оцінці стану хворого, розробки методів лікування та зумовлює збільшення витрат. Зокрема, коморбідність хронічного тонзиліту (ХТ) і цукрового діабету 1 типу (ЦД-1) може розглядатися як причина посилення тяжкості захворювання, а також як сукупність факторів ризику для розвитку різних патологій організму, що не знайшло достатнього висвітлення у літературі, однак потребує додаткового вивчення та більш активної розробки профілактичних та лікувальних заходів.

Приймаючи до уваги наведене та встановлений метаболічний характер зрушень при ЦД-1 метою даної роботи стало вивчення стану активності ферментів енергетичного обміну сукцинатдегідрогенази (СДГ) і гідролітичного ферменту кислої фосфатази (КФ) в нейтрофілах та лімфоцитах на основі їх цитохімічного дослідження у клітинах крові дітей, хворих на ХТ на тлі ЦД-1.

### **Матеріал та методи.**

За 2014-2015 роки було обстежено та досліджено кров 51 дитини, хворої на ЦД-1 віком від 6 до 18 років, які знаходились на лікуванні в ендокринологічному відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України. Тривалість захворювання на ЦД-1 становила від 1 до 10 років і не мала достовірних відмінностей по групах. Контроль тяжкості захворювання ЦД-1 проводився за допомогою визначення глікозильованого гемоглобіну та, відповідно, рівня глікемічного контролю. Відібрані пацієнти були розділені на 2 групи: в першу групу увійшло 40 дітей, у яких було виявлено рецидивуючий ХТ в поєднанні з ЦД-1, в другу – 11 з діагнозом ХТ.

Для дослідження у дітей, хворих на ЦД-1 натщесерце забирали кров, готували мазки та

проводили фарбування по Романовському для ідентифікації клітин, а також цитохімічне дослідження СДГ за методом Нахласа та КФ за методом Шубича. Мазки досліджувались під світловим мікроскопом та масляною імерсією. Отримані результати оцінювали напівкількісним методом, з обчисленням середнього цитохімічного коефіцієнта (СЦК).

**Результати досліджень.** При проведенні цитохімічних досліджень СДГ на основі підрахунку гранул формазану, що відображають рівень активності ферменту, було виявлено виражене зниження СДГ в лейкоцитах, показник активності СЦК у групі хворих на ХТ в поєднанні з ЦД-1 склав відповідно для нейтрофілів  $0,85 \pm 0,22$  ( $p < 0,05$ ) та  $1,27 \pm 0,31$  ( $p < 0,05$ ) для лімфоцитів в порівнянні з даними хворих лише на ХТ для нейтрофілів  $0,37 \pm 0,18$  ( $p < 0,05$ ) та  $0,53 \pm 0,12$  ( $p < 0,05$ ) для лімфоцитів. Зважаючи на те, що СДГ є одним із ключових ферментів метаболічного окислення, а її локалізація пов'язана з внутрішньою мембраною мітохондрій, активність СДГ в даному випадку відображає зниження кількості активних мітохондрій, енергетичного потенціалу клітин та їх функціонального стану клітин.

Поєднання ЦД-1 і ХТ в порівнянні з наявністю лише ХТ суттєво знижує активність гідролітичного лізосомального ферменту КФ в цитоплазмі нейтрофілів та лімфоцитів. При цьому СЦК при поєднаній патології складає для нейтрофілів  $0,286 \pm 0,07$  і для лімфоцитів  $0,165 \pm 0,055$ , та при ХТ відповідно  $0,362 \pm 0,057$  і  $0,213 \pm 0,038$  ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, виявлені зміни цитохімічного складу клітин крові вірогідно визначають характер метаболічних порушень при ЦД-1 у дітей та впливають на перебіг ХТ і функціональну імунологічну функцію піднебінних мигдаликів, що узгоджується з даними інших дослідників про те, що імунна система і метаболізм тісно інтегровані.

Отримані нами результати досліджень підкреслюють важливість їх урахування при роз-

робці терапевтичних стратегій застосування комплексного підходу до лікування, яке здатне покращити окисно-відновні, метаболічні, ката-

болічні та імунологічні процеси і тим самим підвищити ефективність лікування дітей, хворих на ЦД-1 і ХТ.

© Ю.В. Гавриленко, А.А. Лайко, А.Ф. Карась, Г.А. Карась, 2016

*Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, А.А. ЛАЙКО, О.В. СТЕПАНОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЛОР-ОРГАНІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ**

Проблема діагностики та лікування захворювань ЛОР-органів у пацієнтів з ендокринною патологією є одним із найменш вивчених розділів сучасної оториноларингології, педіатрії та ендокринології.

**Мета** роботи полягала у вивченні клінічних особливостей стану ЛОР органів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу (ЦД-1) методом анкетування.

**Матеріали і методи:** за період 2013-2014 років у клінічному дослідженні методом розробленого анкетування приймали участь 271 пацієнт ендокринологічного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». Обстежені діти були віком від 3 до 18 років, серед яких переважали дівчата – 147 (54%), хлопчиків – 124 (46%). Визначення вираженості скарг і клінічних симптомів пацієнти, або їх батьки здійснювали самостійно по наданій їм анкеті з сенсорно-аналоговою шкалою в балах.

**Результати:** Встановлено, що серед захворювань ЛОР-органів у дітей, хворих на ЦД-1 переважали хронічні захворювання лімфоєпітеліальних структур глотки: хронічний тонзиліт (ХТ), фарингіт, аденоїдит. Найчастіше ці захворювання досягали піку поширеності у віковій групі пацієнтів від 10 до 15 років і рідше реєструвалися у дітей до 6 років і в групі 6-9 років. Збільшення захворювань носа і приносних пазух було зареєстровано у віковій групі старше 8 років у порівнянні з дітьми дошкільного віку. У вікових групах від 6 до 9 років, а частіше – 10-14 років і старше 15 років виявлено пацієнтів із порушенням дихальної функції носа, яка була обумовлена структурними змінами в його порожнині, зокрема деформацією перегородки носа. Таким чином, за результатами проведеного анкетування і обстеження пацієнтів у загаль-

ній структурі патології ЛОР-органів у дітей, хворих на ЦД-1 кількість пацієнтів з ХТ була 35%, ВПН – 33%, рецидивуючими носовими кровотечами – 8%, риносинуситом – 10%, фарингіт – 12%, аденоїдитом – 8%, отитом – 2%.

На підставі проведеного опитування виявлено достовірні відмінності інформативності при анкетуванні батьків і опитуванні дітей, хворих на ЦД-1 в кореляції з даними об'єктивного огляду. Зокрема, найбільша інформативність скарг батьків враховувалась при виявленні аденоїдних вегетацій, алергічного риніту, секреторного отиту, захворювань з наявністю вираженої назальної обструкції в групі пацієнтів віком від 3 до 6 років ( $p < 0,05$ ). Щодо старших дітей, хворих на ЦД-1, то у вікових групах пацієнтів від 10 до 14 років і старше 15 років була відзначена зворотна тенденція інформативності скарг пацієнтів. При наявності ВПН, ХТ діти старших вікових груп, хворих на ЦД-1 значно краще інтерпретували питання лікаря на виявлення функціональних порушень і супутньої патології ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Таким чином, по результатам даних анкетування і обстеження дітей, хворих на ЦД-1 було зареєстровано високу поширеність патології ЛОР-органів (83%), серед якої провідне місце займають симптоми хронічних захворювань лімфоєпітеліальних структур глотки (42%), ринологічні симптоми (41%). У обстежених нами дітей, хворих на ЦД-1 в основному скарги були обумовлені частими ГРВІ та загостреннями ХТ, а також дистрофічними змінами в порожнині носа (сухість у носі, виникнення кірок, ВПН) і, як наслідок цього, з високою частотою зустрічаються порушення носового дихання і рецидивуючі носові кровотечі.

© Ю.В. Гавриленко, А.А. Лайко, О.В. Степанова, 2016

## КОРЕЛЯЦІЯ ПОКАЗНИКІВ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НОСА І ТА БУЛЬБАРНОЇ МІКРОСКОПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ

До цього часу мікросудинні зміни у дітей та підлітків, хворих на ЦД-1 вважались рідкістю, проте епідеміологічні дослідження дозволили виявити ранній розвиток мікроангіопатій у дітей молодшого та середнього віку. Дослідження мікроциркуляторних порушень слизових оболонок будь-якої локалізації є інформативним для визначення ранніх проявів та ускладнень ЦД-1. Саме тому предметом даного дослідження стала найбільш доступна для візуалізації і діагностики таких порушень ділянка слизової оболонки носової перегородки з можливістю фотофіксації і аналізу отриманих змін.

**Мета.** Вивчити кореляційні зв'язки показників мікроциркуляції слизової оболонки носової перегородки та бульбарної мікроскопії у дітей, хворих на ЦД-1 на тлі хронічної патології ЛОР-органів.

**Матеріали та методи:** За період 2014-2015 років було обстежено 93 дитини, хворі на ЦД-1, які знаходились на лікуванні у ендокринологічному відділенні ДКЛ №6 міста Києва. До основної групи спостереження увійшли 70 (75,3%) дітей, хворих на ЦД-1, які мали хронічну патологію ЛОР-органів. Серед них найбільш поширеним був хронічний тонзиліт, який було діагностовано у 34 (48,5%) дітей, викривлення носової перегородки – 26 (37,2%) пацієнтів, рецидивуючі носові кровотечі у 10 (14,3%) дітей. До другої – контрольної групи увійшли діти, хворі на ЦД-1 без патології ЛОР-органів – 23 (24,7%). Вивчення показників мікроциркуляції слизової оболонки порожнини носа проводили за методикою Молдавської і співавторів у вдос-

коналеній нами модифікації. Стан мікроциркуляції бульбарної кон'юнктиви оцінювали за допомогою щілинної лампи з подальшою фотореєстрацією.

**Результати та їх обговорення.** При проведенні кореляційного аналізу між групами пацієнтів виявлений прямий взаємозв'язок між рівнем глікемічного контролю і наявністю анормальних судин слизової оболонки перегородки носа з  $r=0,488$  ( $p<0,05$ ) у дітей, хворих на ЦД-1, що підтверджує вплив перебігу ЦД-1 на порушення стану мікроциркуляторного русла. За даними проведеного дослідження судинні і позасудинні порушення слизової оболонки носа (наявність анормальних судин, міандричної звивистості капілярів, геморагії) мають прямий достовірний кореляційний зв'язок із судинними порушеннями бульбарної кон'юнктиви (судинні клубочки, какуляція венул, нерівномірність калібру судин, множинні мікроангіопатії) з  $r=0,314-0,459$ ,  $p<0,05$ . Зареєстровані дані показують, що при хронічній патології ЛОР – органів, особливо за наявності хронічного тонзиліту у дітей, хворих на ЦД-1 інфекційно-запальні зміни слизової оболонки носа призводять до порушень периферичної трофіки її тканин, і значно погіршують повсюдні патологічні зрушення мікроциркуляторного русла.

**Висновок:** Отримані нами результати свідчать про значні та суттєві порушення мікроциркуляторного русла у дітей, хворих на ЦД-1 з хронічною патологією ЛОР-органів, що потребує ранньої своєчасної діагностики та вибору адекватних і ефективних методів корекції.

© Ю.В. Гавриленко, А.А. Лайко, І.О. Мітюряєва, Г.В. Гнилоскуренко, 2016

О.О. ГАЛАЙ, С.Г. БОНДАРЕНКО, О.Р. ДУДА, О.В. ДРУЗЬОК, В.Ю. ЛУДЧАК, І.М. СЕНДЕГА,  
Р.Р. СЛІПЕЦЬКИЙ, Т.Р. ЦЬОЛКО, М.Р. ШМІДТ (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

## ГОЛОСОВЕ ПРОТЕЗУВАННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ – УСКЛАДНЕННЯ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

**Вступ.** Ларингектомія, яка часто є обов'язковим етапом лікування раку гортані позбавляє хворого можливості спілкуватися з оточуючими людьми, що призводить до їх гли-

бокої інвалідизації і моральним стражданням. Проведення голосового протезування сприяє психологічній і фізичній реабілітації пацієнтів після видалення гортані, але на «шляху» віднов-

лення голосу виникає низка проблем, на яких доцільно зупинитися.

**Мета.** Розглянути можливі ускладнення після голосового протезування і методи їх усунення.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати голосового протезування 146 хворих на рак гортані після ларингектомії. Використовували голосові протези Blom-Singer і Provox розміром від 8 до 18 мм.

**Результати.** Можна виділити наступні чотири основні ускладнення, що виникають після голосового протезування.

1) Зі сторони протеза: протікання рідини через протез. Причина даного ускладнення – неправильний догляд за протезом з використанням для його чистки окрім щітки, яка до нього додається, різних предметів, в тому числі, колючих і металічних. Наступною причиною протікання є грибова, бактеріальна інфекція, що уражає захисний клапан і, як наслідок, перешкоджає його щільному прилягання. Якщо розпочати протигрибову терапію на самих початках протікання протеза, вдається на декілька місяців подовжити термін його придатності.

2) Зі сторони трахео-езофагеальної нориці: підтікання навколо протеза. Причиною цього ускладнення може бути слабкість і недостатня товщина стінок сформованого шунта внаслідок

променевих і післяопераційних змін. Самий простий спосіб корекції в такій ситуації – видалення протеза на 3-5 днів. З метою профілактики спадіння стінок нориці, доцільно встановлювати катетер менший за діаметром від протеза. При незначному підтіканні рідини, можна накласти кисетний шов навколо зовнішнього кільця протеза.

3) Випадіння протеза – пов'язане з неправильним вибором його розміру, або з причинами описаними вище. Одним з заходів для профілактики даного ускладнення є не зрізати направляючу стрічку протеза після його встановлення. Відрізати її належить через декілька днів при відсутності запальних явищ в тканинах навколо протеза.

4) Фарингоспазм – характеризується тим, що хворий з великим зусиллям вимовляє окремі звуки, або зовсім не може розмовляти. В таких випадках необхідно проводити міотомію констрикторів глотки. З метою профілактики даного ускладнення доцільно проводити міотомію під час ларингектомії, яка є набагато простішою і безпечною.

#### **Висновки.**

Уникнення можливих ускладнень голосового протезування, а відповідно і їх профілактика, сприяють покращенню якості життя хворих після перенесеної ларингектомії.

© О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.Р. Дуда, О.В. Друзюк, В.Ю. Лудчак, І.М. Сендега, Р.Р. Сліпецький, Т.Р. Цюлко, М.Р. Шмідт, 2016

*О.Г. ГАРЮК, Г.И. ГАРЮК, А.С. НЕЧИПОРЕНКО (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)*

### **ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА**

Нарушение функции носового дыхания при храпе и синдроме обструктивного апноэ сна является одним из факторов, который сопровождается и усугубляет степень этой патологии или даже является основным, приводящим к её возникновению. По литературным данным нарушение функции носового дыхания встречается у пациентов с данной патологией от 5 % до 12 % случаев. Однако, всем пациентам, жалующимся на храп и эпизоды апноэ во сне, производят полисомнографическое исследование, в котором объективная количественная оценка функции носового дыхания отсутствует. Поэтому использование в комплексном обследовании этих пациентов передней активной риноманометрии как «золотого стандарта», является необходимым.

В исследовании участвовал 81 пациент с храпом и синдромом обструктивного апноэ сна периферического генеза, который подтвержден данными полисомнографии. Тяжелая степень СОАС диагностирована у 16 пациентов, из них 5 пациентов имели нарушение функции носового дыхания. 32 пациента имели среднюю степень СОАС (нарушения носового дыхания встречались у 6 пациентов). У 21 пациента выявлена легкая степень СОАС (у 4-х из них наблюдалось нарушение носового дыхания). Также выявлено 12 пациентов с храпом без СОАС, у 5-ти из них наблюдалась дисфункция носового дыхания.

Всем пациентам с нарушениями функции носового дыхания (19 случаев) были выполнены

корректирующие вмешательства: септопластика, вазотомия или их сочетание, полипотомия носа и околоносовых пазух. Все вмешательства проводились по показаниям, в зависимости от имеющейся патологии, приводящей к дисфункции носового дыхания. Эффективность лечения составила 47%. В 9% случаев наступило полное исчезновение храпа и СОАС, а в остальных 38% случаев – наблюдалось улучшение (уменьшение количества эпизодов апноэ и храпа), в дальней-

шем лечении таких пациентов использовалась увулопалатофарингопластика или СИПАП-терапия.

По данным нашего исследования частота встречаемости нарушений функции носового дыхания у пациентов с храпом и СОАС выше, чем это указывается в литературе. Коррекция нарушений функции носового дыхания при лечении данной патологии является абсолютно необходимой.

© О.Г. Гарюк, Г.И. Гарюк, А.С. Нечипоренко, 2016

*Г.І. ГАРЮК, Н.С. БИЧКОВА (ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

### **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЗАХИСТ ЧИ АЛЬТЕРНАТИВНА ЗУПИНКА НОСОВОЇ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ, ЯКІ ТРИВАЛО ПРИЙМАЮТЬ ДЕЗАГРЕГАНТИ**

В останнє десятиліття, коли захворюваність на серцево-судинні розлади підвищилась у рази, таким хворим все частіше пропонують проводити лікування дезагрегантами, а у великій частці і хірургічні методи лікування, такі як аортокоронарне шунтування (АКШ), або стентування коронарних судин. Таким чином виникла численна група хворих, які тривало приймають препарати, що знижують згортання крові, а профілактично і дезагреганти. З цього приводу можна констатувати наступне: у разі носової кровотечі (НК) раніше усім хворим застосовували в першу чергу лікувальні препарати, що прискорюють згортання крові, але, в контексті вищезгаданого, хворим, що тривало приймають дезагреганти, або прооперовані на серцево-судинній системі не можна призначати фармакологічні засоби, які прискорюють згортання крові, але ж НК зупиняти треба. Тож виникає дилема – що робити? Виходить що альтернативою фармакотерапії системній повинен бути метод місцевої зупинки НК.

Вважаючи сучасну актуальність зупинки НК в групі хворих на серцево-судинні захворювання, які тривало приймають ліки, що запобігають прискореному згортанню крові, ми пропонуємо звернути увагу на пошук ефективних і доступних методів зупинки НК у даної категорії хворих. По перше, треба звернути увагу на такі методи зупинки НК, які доступні цим хворим для самозастосування, а вже по друге, порівняти існуючі методи місцевої зупинки НК та запропонувати новий метод або модифікацію одного з існуючих.

На даний період (2015-2016 рр.) нами у вищезгаданій групі хворих застосовано швидко

діючий при НК препарат – назальний гель на основі гліцину та кальцію. Позитивною стороною вказаного препарату є можливість його застосування як самим хворим, так і лікарем. Важливо те, що цей препарат можна використовувати як тільки почалася НК, і те, що ці хворі повинні знати, що він повинен у них бути в аптечці.

Наш досвід по застосуванню назального гелю на основі гліцину та кальцію ґрунтується на дослідженні 43 хворих, що перенесли АКШ і стентування коронарних судин та тривало приймають дезагреганти. При виникненні НК у цих хворих використання ліків, що прискорюють згортання крові, протипоказано. При компенсованому ступеню крововтрати (від 100 до 500 мл) хворим застосовано назальний гель на основі гліцину та кальцію. В порожнину носа вводили вміст 1 або 2 тубів і тампонували вестibuлярний (присінковий) відділ носа ватною. У 30±6% хворих НК зупинялась протягом 3-5 хв, але через 10-12 год у 15% хворих НК рецидивувала, що змушувало застосовувати методи передньої тампонади з використанням латексних медичних засобів з нанесенням на них назального гелю на основі гліцину та кальцію. В цих випадках ефективність зупинки НК була високою.

Висновком перших досліджень, може бути: хворим з НК, які перенесли операції у зв'язку з інфарктами міокарду, АКШ та ін., протипоказано вводити препарати, що підвищують згортання крові, а потрібно використовувати засоби місцевої зупинки кровотечі. Пошук ефективних методів зупинки НК для цієї категорії хворих триває.

© Г.І. Гарюк, Н.С. Бичкова, 2016

### **ДЕЯКІ СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ІНВАЗИВНОЇ ТА НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА НАВКОЛОНОСОВИХ СИНУСІВ**

В сучасній світовій оториноларингології, особливо, ринології та хірургії основи черепа майже повністю переважають ендоскопічні втручання. Ендоскопічні техніки дозволяють локально підходити до ураженої ділянки. Окрім високого рівня технічного оснащення та підготовки, такі оперативні втручання неможливо виконувати без досконалої та точної попередньої неінвазивної діагностики.

В ділянці «голова та шия» задіяні багато суміжних спеціалістів. Так, у деяких ситуаціях потрібна «командна» робота різних спеціалістів. Але досі в багатьох випадках спостерігаються дещо різні погляди на проведення обстеження хворих серед спеціалістів, зона відповідальності яких може знаходитися в міліметрах від зони зацікавленості суміжного фахівця.

Найпоширенішим прикладом можуть бути випадки діагностики захворювань і утворень верхньощелепного синусу. Так отоларинголог може призначати обстеження, що гарно відображає структури носа та приносних синусів – це може бути СКТ (спіральна комп'ютерна томографія) або КПКТ (конусно-променева комп'ютерна томографія) носа та навколоносових синусів з акцентом на приносні синуси. У такому випадку втрачається діагностична ефективність патології зубів та альвеолярного паростка, що можуть бути безпосередньою або супутньою патологічною складовою процесу. Недостатня інформативність проведеного обстеження змушує стоматолога призначати теж саме обстеження але з акцентом на альвеолярний паросток. Так само, коли стоматолог обстежує пацієнта перед втручанням на альвеолярному паростку та верхньощелепному синусі найчастіше він призначає КПКТ верхньої щелепи або, навіть, сегмент навколо окремого зуба. При цьому втрачається діагностична ефективність при оцінці стану остіомеатального комплексу та інших навколоносових синусів, які так само можуть бути частиною патологічного процесу.

За нашим досвідом у таких випадках доцільно призначати КПКТ носа та навколоносових синусів із включенням альвеолярного паростка, таким чином кожен із спеціалістів отримує необхідну діагностичну інформацію а досліджувана ділянка буде оцінена як єдиний пов'язаний анатомо-функціональний комплекс. Такий підхід особливо доцільний у випадках

передімплантаційного обстеження та у випадках різного роду об'ємних утворень носа та навколоносових синусів, що поширюються на суміжні ділянки.

Інша проблема пов'язана із фактором суб'єктивності оцінки отриманих даних. Не зважаючи на те, що відомі апаратні рентгенологічні показники відповідні різним патологічним змінам тканин конкретного діагностичного пристрою. Але велика похибка пов'язана із тим, що різні за природою об'ємні процеси можуть мати схожі рентгенологічні ознаки але суттєво відрізнятися морфологічно. Спроба вимірювання одиниць Хаундсфілда буде статистично недостовірною через дуже велику різницю рентгенологічної щільності біля меж кістка-тканина-повітря та у різних ділянках утворення. Таким чином, попередні висновки будуть базуватися на опосередкованих ознаках того чи іншого патологічного процесу, що, з рештою, оцінюється не комп'ютером, а людиною.

За нашими спостереженнями з 17 хворих, що знаходилися на лікуванні в клініці з різної етіології доброякісними утвореннями носа та навколоносових синусів, 14 хворих потребували додаткового обстеження. Серед причин можна виділити декілька найпоширеніших: обраний метод обстеження – СКТ навколоносових синусів не висвітлював наявну патологію зубів; сегментарні та обмежені КПКТ, призначені стоматологом, виявляли але не відображали в повному обсязі патологію та її поширеність в ділянці навколоносових синусів; для поглибленого вивчення характеру змін та поширеності м'якотканинних утворень додатково призначено МРТ голови та навколоносових синусів. Саме завдяки спланованому обстеженню у 7 хворих було виявлено супутню або безпосередньо відповідну патологію зубо-альвеолярної ділянки, проведені відповідні консультації та сплановано об'єми, етапність та послідовність оперативних втручань, визначена необхідність залучення суміжних фахівців до оперативного втручання. Це дозволило істотно знизити кількість додаткових методів обстеження, та обрати оптимальну хірургічну тактику у кожному випадку.

Так хворий Н., що тривалий час знаходився на спостереженні лікаря-невропатолога стосовно головного болю направлено на консультацію до отоларинголога, призначене СКТ голо-

вного мозку та навколоносових синусів було виконане з дуже низькою якістю – виявлено «ознаки лівобічного гемісинуситу, кіста верхньощелепного синусу із правого боку». Хворого направлено на консультацію на кафедру отоларингології ХМАПО. Призначено КПКТ навколоносових синусів з акцентом на альвеолярний паросток – додатково виявлено кістогранульому в ділянці 27, деталізовано локалізацію «кісти» верхньощелепного синусу з правого боку, що знаходилася в товщі задньої стінки синуса, додатково визначено наявність фіброзної дисплазії верхньої щелепи із правого боку. Хворому проведено МРТ – спростовано судинний генез наведених змін. Хворому спільно з щелепно-лицьовим хірургом виконано лівобічну фронтогайморотомію з видаленням 27 та плас-

тичним закриттям дефекту та ендоскопічно видалено кісту верхньощелепного синусу з правого боку, який мав суттєво змінену анатомію. Хворого було виписано на 8-у добу з одужанням та без явищ головного болю.

Таким чином, з одного боку, дуже важливо налагоджувати взаєморозуміння між суміжними спеціалістами стосовно не тільки лікувальних, а й діагностичних підходів. З іншого боку, розуміння повноти можливостей та лімітів діагностичних можливостей того чи іншого методу дослідження і, навіть, конкретного діагностичного апарату, дає можливість спеціалісту вірно обирати та комбінувати різні методи дослідження, отримуючи максимум корисної інформації та заощаджуючи час та кошти на дослідження.

© Г.І. Гарюк, О.Ю. Меркулов, Н.М. Михайленко, І.М. Канищева, В.М. Арнольд, В.В. Лисенко, Ю.В. Тимошенко, О.Є. Світличний, 2016

*Г.І. ГАРЮК, І.В. ФІЛАТОВА, В.М. АРНОЛЬДІ, Ю.В. ТИМОШЕНКО,  
С.В. БЕЗПЕЧНИЙ, О.Є. СВИТЛИЧНИЙ (ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

## **ДВА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАРЕЗУ ЗВОРОТНЬОГО ГОРТАННОГО НЕРВУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

В повсякденній практиці лікаря отоларинголога випадки парезу голосових складок обумовлених ураженням зворотного гортанного нерва не є рідкісними спостереженнями. Головним чином, розповсюдженість порушень функції зворотного гортанного нерва пов'язана із великою кількістю операцій на щитоподібній залозі, в силу того що органи ший дуже тісно пов'язані між собою анатомічно. При пухлинах ділянки середостіння невротатія зворотного гортанного нерва є класичним симптомом. Також парез голосових складок може бути зумовлений проявами міастенії, порушеннями центральної нервової системи, і не можна відкидати психосоматичне походження дисфункції голосових складок.

У випадках, коли в анамнезі є чіткі посилення на перенесені операції на щитоподібній залозі або чіткі дані з боку органів середостіння, діагностика парезів голосових складок не викликає труднощів. Ми хочемо навести два власних спостереження складних в діагностиці і встановленні етіології випадки.

Хворий М., 56 років, звернувся на консультацію до лікаря-отоларинголога фоніатричного кабінету зі скаргами на відсутність звучного

голосу, осиплість голосу. Анамнез – не обтяжений. Встановлено діагноз: «Парез голосової складки із *правого* боку, невротатія зворотного гортанного нерва із *правого* боку.» Хворому було проведено СКТ дослідження ший та органів грудної порожнини – патологічних утворень не виявлено; УЗІ щитоподібної залози та консультація ендокринолога – патології не виявлено. Консультація невротатолога – «Невротатія зворотного гортанного нерва із *правого* боку. Лікворно-гіпертензійний синдром.», проведено ЯМРТ головного – мозку – «без об'ємних утворень». Для більш поглибленого обстеження хворий був госпіталізований до стаціонару. При огляді лікуючим лікарем було встановлено парез голосової складки із лівого боку. Хворий у той же день повторно був консультований у лікаря-отоларинголога фоніатричного кабінету – виявлено парез голосової складки з *лівого* боку. Наступного дня хворий був розглянут на консилиумі – встановлено «парез голосової складки з *правого* боку. Хворому рекомендовано проведення діагностичної прямої підвісної ларингоскопії. Наступного дня при огляді перед прямою ларингоскопією на консилиумі виявлено – парез голосової складки з *лівого* боку. При проведенні

прямої підвісної ларингоскопії, при огляді всіх доступних анатомічних утворень гортані, включно з підкладковими просторами, Морганієвими шлуночками, патологічних тканинових або запальних процесів не виявлено. Виключивши всі можливі органічні причини парезу голосових складок з боку ЛОР-органів, щитоподібної залози, грудної порожнини, хворого направлено на поглиблене обстеження до спеціалізованого неврологічного стаціонару для виключення можливих центральних або психосоматичних чинників, початкових проявів міастенії.

Другий випадок: хворий Ш., 48 років. Звернувся до лікаря-отоларинголога – фоніатричного кабінету із скаргами на відсутність звукового голосу. При деталізації анамнезу стало відомо, що порушення голосу виникли близько трьох місяців, через тиждень після перенесеного ГРВІ, та поступово прогресували протягом місяця. При огляді встановлено – «парез голосової складки з лівого боку, невротія зворотного гортанного нерва з лівого боку». Хворому ще на амбулаторному етапі був проведений повний перелік обслідувань, включно УЗІ щитоподібної залози та консультація ендокринолога – «без патології», СКТ шиї та органів грудної порожнини – патології не виявлено, ЯМРТ головного мозку – без органічної патології. Гастродуоденоезофагоскопія та консультація гастроентеролога – «дуодено-гастральний рефлюкс». Хворому

було проведено курс консервативного лікування, типового для лікування пост-вірусних уражень слухового нерва та інших периферичних нервів, включаючи інтенсивний курс кортикостероїдних препаратів, фізіотерапевтичні процедури, – без покращення стану. Для виключення маніфестації захворювання гортані, детального огляду всіх відділів гортані та, за необхідності, проведення біопсії хворому була проведена діагностична пряма підвісна ларингоскопія – в ході якої патологічних тканинових змін не виявлено. Хворому було рекомендоване лікування в неврологічному закладі з метою подальшої реабілітації функції.

Звертаючись до наведених вище клінічних випадків, необхідно зазначити важливість глибокого, але обґрунтованого діагностичного підходу у кожному окремому випадку, планування всіх послідовних етапів обстеження для встановлення етіологічного чинника, з метою коректного лікування в подальшому, особливо у випадках, що мають відмінності від звичних ситуацій. Термін «ідіопатичний» в переважній більшості випадків можна співвідносити терміну «недообстежений», його вживання доцільне тільки тоді, коли вичерпані всі можливі методи дослідження.

Таким чином, можна робити висновок, що в першому спостереженні мало місце психосоматична етіологія, а в другому – ГРВІ.

© Г.І. Гарюк, І.В. Філатова, В.М. Арнольд, Ю.В. Тимошенко, С.В. Безпечний, О.Є. Світличний, 2016

*М.І. ГЕРАСИМЮК, О.І. ЯШАН (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)*

### **РІВНІ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 І ІНТЕРФЕРОНУ-ГАМА У КОМПЛЕКСНІЙ ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННІ РЕЗУЛЬТАТІВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ**

Тактика лікування хронічного тонзиліту на сьогоднішній день визначається його формою. При простому тонзиліті, як правило, починають з консервативної терапії і лише відсутність ефекту після 3-4 курсів вказує на необхідність видалення мигдаликів. При токсико-алергічній формі показана тонзилектомія. За відсутності абсолютних критеріїв визначення форми захворювання найбільш оправданим є комплексний підхід, що обумовлює необхідність подальшої розробки методів діагностики і оцінки ефективності лікування.

За останній час значна увага приділяється вивченню цитокінового профілю при алергічних захворюваннях, а особливо – дисбалансу цито-

кінів Th1 (гамма-інтерферон – IFN $\gamma$ ) і Th2 (інтерлейкін-4 – IL-4) лімфоцитів. IL-4 в комплексі з IFN $\gamma$  є ключовим фактором, що визначає тип імунітету. Вважається, що більш інформативним показником є динаміка їх співвідношення на відміну від простої констатації абсолютних рівнів. При цьому при інфекційно-алергічних захворюваннях відмічається зниження співвідношення концентрацій IFN- $\gamma$ /IL-4 як важливих складових процесу запалення, що є характерним для реакцій гіперергічного типу.

Нами було проаналізовано рівень IFN- $\gamma$  і IL-4 та їх співвідношення IFN- $\gamma$ /IL-4 у хворих на хронічний тонзиліт після різних методів його лікування (консервативного – 20, хірургічного – 16 пацієнтів).



Консервативне лікування проводилося пацієнтам у яких була дігностована проста форма: наявність пробок в лакунах мигдаликів з їх пухкою поверхнею, стійка гіперемія та гіперплазія країв передніх дужок, їх злуки з мигдаликами, набряклість країв верхніх відділів піднебінних дужок, збільшення та болючість при пальпації регіонарних лімфатичних вузлів.

При приєднанні до вказаних ознак періодичної субфебрильної температури, загальної слабкості, нездужання, швидкої втомлюваності, зниженої працездатності, а також змін зі сторони інших органів і систем: періодичні болі в суглобах, функціональні зміни з боку серця, нирок, судинної системи, печінки було показано хірургічне лікування.

Кожна із обстежених груп пацієнтів була розділена на 2 підгрупи: із зниженням співвідношення IFN- $\gamma$ /IL-4 і його зростанням. Було

встановлено, що у групі хворих, яким проводилося консервативне лікування переважали пацієнти із підвищенням співвідношення IFN- $\gamma$ /IL-4 (14 із 20), а у пацієнтів після хірургічного лікування, навпаки, переважали пацієнти із його зниженням (10 із 16). При цьому водночас у пацієнтів першої підгрупи спостерігалось збільшення абсолютного рівня IL-4 і зниження абсолютного рівня IFN- $\gamma$ , а у пацієнтів другої підгрупи, навпаки: збільшення абсолютного рівня IFN- $\gamma$  і зниження абсолютного рівня IL-4.

Отже, одержані результати дають підстави вважати, що підвищення співвідношення IFN- $\gamma$ /IL-4 є сприятливою прогностичною ознакою при консервативному лікуванні, а його зниження свідчить про високий рівень алергізації, що у подальшому може привести до переходу простої форми у токсико-алергічну із корекцією тактики подальшого лікування.

© М.І. Герасимюк, О.І. Яшан, 2016

*Г.А. ГІРНА, І.Д. КОСТИШИН, Е.В. ЛУКАЧ, В.Р. РОМАНЧУК  
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

## **ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КАРЦИНОМАМИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ І РОТОГЛОТКИ ШЛЯХОМ ІМУНОКОРЕКЦІЇ**

Серед усіх злоякісних пухлин рак порожнини рота становить 3%, відноситься до пухлин візуальної локалізації, але часто діагностується на пізніх стадіях – 69,7 %. Смертність до 1-го року при злоякісному захворюванні ротоглотки становить 42,5%, порожнини рота – 43,8%. Такі показники стимулюють шукати нові підходи до комбінованого чи комплексного лікування хворих з місцево поширеним раком порожнини рота і ротоглотки.

Протягом останніх років впроваджується використання вітчизняного імунокоректора – «Пропес» при лікуванні раку молочної залози, колоректального раку, злоякісної лімфомі. Для нього характерні протипухлинна, антиметастатичні, гемопоетична дія, впливає на різні ланки імунної системи, що значно покращило результати лікування.

**Мета дослідження** – підвищення ефективності стандартного комбінованого і комплексного лікування хворих із злоякісними пухлинами слизової орофарингіальної зони шляхом включення в план лікування імунокоректора «Пропес».

**Матеріали і методи.** У дослідженні було залучено 16 хворих віком від 46-72 років з ра-

ком слизових оболонок порожнини рота і ротоглотки, які отримували ДГТ дрібними фракціями по розщепленій програмі з системним використанням «Пропесу». Препарат вводили у дозі 2 мл внутрішньом'язево за 3 дні до початку лікування і протягом наступних 10 днів.

2-а, контрольна група – 20 хворих, яким проводили аналогічну схему променевого лікування.

**Результати дослідження.** У всіх хворих 1-ї групи відмічалось покращання загального стану, зменшення проявів місцевого епітеліиту і симптомів загальної інтоксикації. Біохімічні показники крові залишалися стабільними за весь період уведення «Пропесу». До і після лікування на фоні введення препарату кількість лейкоцитів не зменшувалася. В контрольній групі лейкопенія I ступеня була у 3 пацієнтів, II ступеня – у 1. Досліджуючи клітинну складову периферичної крові хворих першої групи визначено, що кількість великих грануловмісних лімфоцитів збільшується, що є свідченням природної кіллерної активності. Хворі I групи легше переносили променеве лікування і всі завершили його. Розпад пухлинної тканини наступав від використання значно меншої дози опромінення.

**Висновки.** Застосування імуномодулятора «Пропес» дозволило покращити безпосередні результати лікування пацієнтів з місцево поширеним плоскоклітинним раком слизової порож-

нин рота і ротоглотки. Наведені дані свідчать про необхідність більш глибокого аналізу результатів лікування з використанням даного препарату.

© Г.А. Гірна, І.Д. Костишин, Е.В. Лукач, В.Р. Романчук, 2016

*І.І. ГРИНЬКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЇ СЛУХОВОЇ ТРУБИ ШЛЯХОМ ЇЇ БАЛОННОЇ ДИЛАТАЦІЇ**

Спосіб балонної дилатації (БД) хрящового відділу слухової труби (СТ) відомий в Європі з 2010 року. Є дані про 5-річну ефективність методу більш ніж в 70% випадків при стійкій дисфункції СТ. Дослідження будови СТ довели безпечність дилатації хрящової частини слухової труби на глибині до 20 мм (Ockermann T., Reineke U.). На сьогоднішній день лідируючі позиції займає система для балонної дилатації фірми Spiggle&Theis (Германія). При такій дилатації використовується одноразовий балон катетер, що розширюється шляхом введення в нього фізіологічного розчину та досягнення тиску в 10 атмосфер. При цьому балон, що знаходиться в хрящовому відділі слухової труби розширюється, досягаючи діаметру 3,28 мм. Час експозиції роздутного балона складає 2 хв, після чого тиск знижується, балон здувається і видаляється.

З метою балонної дилатації нами був використаний балон для магістральних та периферичних судин, що зареєстрований на території України, та має такі самі розміри та характеристики як балон для дилатації хрящового відділу СТ.

Способом БД нами було проліковано 5 хворих зі стійкою дисфункцією СТ та неефектив-

ністю інших методів лікування. 2 хворих з рецидивуючим секреторним отитом, 3 хворих з хронічним гнійним середнім отитом. Всі хворі були обстежені та проліковані. Носоглотка була санована. Видимих причин тубарної дисфункції об'єктивно виявлено не було. Хворим з рецидивуючим секреторним отитом було виконано шунтування, іншим хворим проведено тимпанопластику з використанням вентиляційної трубки. Було виявлено стійке порушення функції (5 ступінь) та прохідності СТ.

Після проведеного лікування шляхом БД СТ хворі з рецидивуючим секреторним отитом почали продуватись по Вальсальва через 3 та 4 тижні. Функція слухової труби покращилась до 2 та 4-го ступеню. У хворих з хронічним отитом в післяопераційному періоді при дослідженні функції слухової труби відмічалось її покращення у всіх 3 хворих.

Не дивлячись на новизну та дороговартість методу, БД є ефективним способом відновлення прохідності та функції слухової труби та може бути використаний у хворих з рецидивуючими захворюваннями вуха при стійкій тубарній дисфункції.

© І.І. Гринько, 2016

*С.С. ГЛАЗУНОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КІ У ПРАКТИЦІ РОБОТИ МІСЬКОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ ПРОБЛЕМ СЛУХУ ТА МОВЛЕННЯ «СУВАГ»**

Аналіз специфіки кохлеарної імплантації (КІ) в більшості зарубіжних країн з високим рівнем розвитку дає змогу визначити тенденції, важливі в контексті реабілітації дітей в Україні, відповідно зазначених етапів: розширення показань до операції, зниження віку пацієнтів до 4 місяців (з 2002 р.), упровадження скринінгу по-

рушень слуху новонароджених на державному рівні, двостороння імплантація, удосконалення аудіометричного обладнання та технічних характеристик імплантів

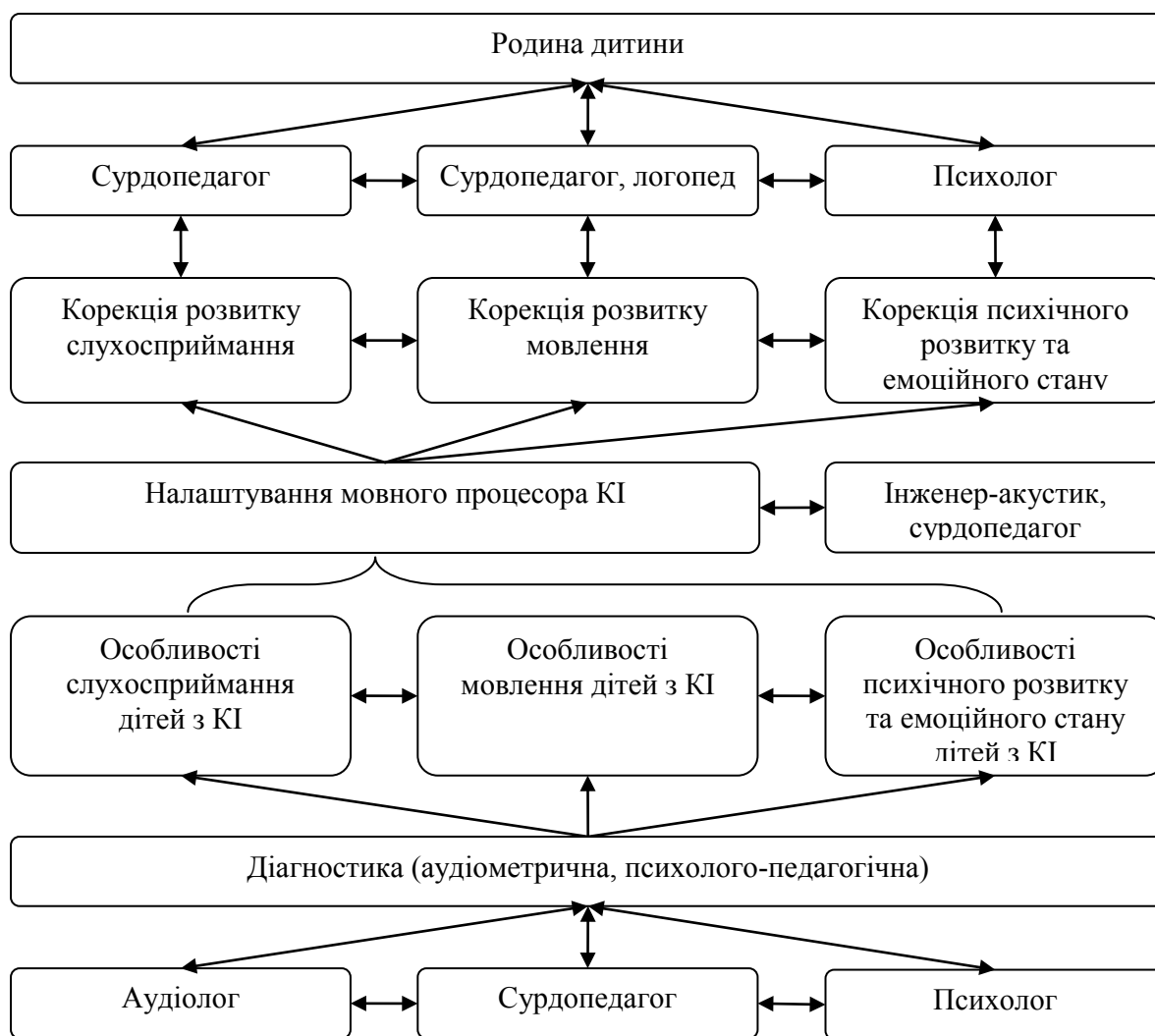
Останнім часом на міжнародному рівні спостерігається підвищення уваги до психолого-педагогічної складової допомоги у разі застосу-

вання КІ, яка передбачає системність заходів та високу професійність її проведення. Такі тенденції є важливими у межах аналізу національних здобутків у цьому контексті. Зокрема, проведення операцій з кохлеарної імплантації на сучасному етапі розглядається як один з критеріїв європейського та світового рівня національної медичної науки і практики (відповідний рівень обладнання, фаховий рівень та досвідченість лікарів тощо).

Показовим (усталеним) є підхід визначення кількості дітей з певними порушеннями

психофізичного розвитку на тисячу новонароджених.

За світовою статистикою, на кожну тисячу немовлят виявляють чотири дитини, які мають проблеми зі слухом. Із них одна дитина «абсолютно» глуха (потенційно потребує кохлеарної імплантації), а ще трьом малюкам потрібні слухові апарати і рання реабілітація, яку слід починати принаймні з шестимісячного віку (у деяких країнах реабілітацію розпочинають з 3 місяців).



Модель психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з КІ

### Висновки

Розроблено, експериментально перевірено і репрезентовано у вигляді моделі систему психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з КІ, основу якої склали результати комплексної діагностики (дані тональної та мовленнєвої аудіометрії, психолого-педагогічного обстеження), що дають змогу визначити особ-

ливості слухосприймання, мовлення, психічного розвитку та емоційного стану дошкільників із КІ. Результативність основних напрямів системи психолого-педагогічного супроводу забезпечено розробкою і впровадженням методичних рекомендацій, спрямованих на створення технології налаштування мовного процесора, детермінантна роль функціонування якого полягає у

створенні максимально комфортних умов звукосприймання, що є вирішальним для перебігу цілісного процесу реабілітації, а також визначенням ролі кожного з фахівців у контексті організації професійного співробітництва з метою надання допомоги дітям зазначеної категорії.

© С.С. Глазунова, 2016

*М.В. ГУБІН, Ю.Н. КРАВЧЕНКО, Г.І. ГАРЮК, В.М. ГУБІН, В.Л. ЧУВАКОВ  
(ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

### **АНАЛІЗ ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ЖИВИХ ОСІБ ІЗ ТРАВМАМИ ОРГАНІВ ШИЇ**

Аналіз літературних джерел, свідчить, що відсутні ґрунтовні наукові дослідження із комплексної судово-медичної діагностики при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при травмах органів ший. Також за останні роки в Україні не було захищено ні докторської ні кандидатської дисертації відносно судово-медичної діагностики травм органів ший. При судово-медичній оцінці ушкоджень гортані, шийного відділу стравоходу з повним порушенням цілості всіх стінок (усіх шарів), ушкодженням сонних артерій та вен, що їх супроводжують, труднощів не виникає. Такі ушкодження згідно «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (введені в дію наказом МОЗ України №6 від 17.01.1995 р.)» відносяться до тяжких, як небезпечних для життя. Але при судово-медичній експертизі преvalюють випадки, коли має місце не повне порушення цілості стінки гортані, трахеї, шийного відділу стравоходу, переломи та підвивихи хрящів гортані, порушення цілості щитопід'язичної мембрани, випадки переломів під'язичної кістки, гострий та хронічний посттравматичний ларингіт, ушкодження м'яких тканин ший з порушенням їх цілості та нервів, що іннервують їх та внутрішні органи. Такі ушкодження вже не є небезпечними для життя і тому судово-медична оцінка вже повинна здійснюватися на основі діагностичних ознак, за наслідками та кінцевими результатами травми. Саме при судово-медичній діагностиці цих випадків практичні судово-медичні експерти мають певні труднощі, про що свідчить проведений нами аналіз первинних, додаткових, повторних і комісійних експертних досліджень із приводу визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень у живих осіб із травмами органів ший за архівними матеріалами за 2010-2016 рр. Харківського

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми. Подальшого вивчення потребують питання технічного та методичного удосконалення процесу імплантації, розробки сучасних технологій реабілітації дітей з КІ.

обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ).

Аналіз 15 висновків судово-медичних експертиз із приводу травм гортані, проведених у відділі експертизи потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб ХОБСМЕ, показав наступне. В 6 експертизах із приводу травм гортані з розвитком гострих посттравматичних ларингітів експертами недооцінені кінцеві результати та наслідки травматичної хвороби та встановлені легкі тілесні ушкодження. Виходячи з наявних у судово-медичних експертів даних відомостей необхідних для судово-медичної правильної оцінки кінцевих результатів та наслідків травм гортані було недостатньо. Постраждалі в ході експертиз (обстежень) на додаткові контрольні діагностичні дослідження експертами не скеровані. У цих випадках експертам потрібно було або втриматися від визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень керуючись пп. 4.13.14.13.4. «Правил...» або опираючись на діагностичні ознаки (критерії) тяжкості травми, спрогнозувати її кінцевий результат керуючись п. 4.11 «Правил...» і правильно визначити ступінь тяжкості тілесних ушкоджень. У двох експертизах експертами не проведена необхідна додаткова судовомедична діагностика з використанням об'єктивних методів дослідження для об'єктивізації характеру ушкоджень і тривалості розладу здоров'я, відповідно помилково встановлений ступінь тяжкості тілесних ушкоджень. При цьому, в одній експертизі у постраждалого із травмою гортані її гематомою, що супроводжувалася набряком м'яких тканин в ділянці черпалоподібних хрящів, експертами ступінь тяжкості тілесних ушкоджень завищений, встановлені ушкодження середньої тяжкості. А в одній експертизі, можливо ступінь тяжкості тілесних ушкоджень занижено, коли постраждалому були

встановлені легкі тілесні ушкодження, що спричинили за собою короточасний розлад здоров'я при знаходженні його з гострим посттравматичним ларингітом на лікуванні більш ніж 21 день. Із шести проаналізованих комісійних судово-медичних експертиз ступінь тяжкості тілесних ушкоджень в одній експертизі змінений з легких тілесних ушкоджень на легкі тілесні ушкодження, що спричинили за собою короточасний розлад здоров'я через те, що в ході первинної експертизи експерт недооцінив кінцевий результат травми. В одній експертизі ступінь тяжкості тілесних ушкоджень змінений з тяжких тілесних ушкоджень на легкі тілесні ушкодження, що спричинили за собою короточасний розлад здоров'я у зв'язку з відсутністю, на думку комісії експертів, небезпечних для життя явищ у постраждалого. В одній експертизі поставлений під сумнів причинний зв'язок між перенесеною травмою та патологією органів ший, через це ступінь тяжкості тілесних ушкоджень експертною комісією не визначався. При цьому, в ході первинної експертизи захворювання органів ший у постраждалого розцінене як тілесне ушкодження та розцінене, як середньої тяжкості. Труднощі у судово-медичних експертів при діагностиці таких випадків обумовлені тим, що в «Правилах...» відсутні діагностичні критерії тяжкості травм органів ший, що обумовлюють тривалість перебігу гострого періоду травматичної хвороби, строки настання, характер кінцевих резуль-

татів та наслідків, у різних вікових групах, при окремих видах травми органів ший. Наявність чітких діагностичних критеріїв тяжкості травми дозволяє об'єктивно проводити визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень за кваліфікуючими ознаками тривалого або короточасного розладу здоров'я, критерієм стійкої втрати загальної працездатності «Правил...». В одних випадках потерпілий з тим самим видом ушкоджень органів ший штучно може перебувати на лікуванні в стаціонарі більш ніж 21 день, в інших випадках з тим же ушкодженням до 21 дня. При цьому тільки наявність чітких діагностичних критеріїв дозволяє об'єктивно сказати яка насправді тривалість розладу здоров'я і який кінцевий результат ушкодження. Також необхідно знати, які діагностичні методи досліджень необхідно провести постраждалому і у які строки для виявлення критеріїв тяжкості травми. Так само об'єктивні діагностичні ознаки травми важливі експертові в тих випадках, коли йому необхідно спрогнозувати кінцевий результат ушкодження для віднесення його до того або іншого ступеня тяжкості у тому числі і при травмах органів ший.

Виходячи з наведеного дослідження випливає висновок, що судово-медична діагностика тілесних ушкоджень при травмах ший вимагає вдосконалювання, необхідно комплексне вивчення такої травми для виявлення чітких діагностичних критеріїв її судово-медичної оцінки.

© М.В. Губін, Ю.Н. Кравченко, Г.І. Гарюк, В.М. Губін, В.Л. Чуваков, 2016

*А.Д. ГУСАКОВ, А.А. ГУСАКОВА (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

### **ХИРУРГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯНУВШИХСЯ ЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ**

Этапы лечения экссудативного среднего отита и его продолжительность порой бывают непредсказуемы и труднообъяснимы. Казалось бы такие больные прошли все возможные корригирующие вмешательства по улучшению и восстановлению функций носа, неоднократные парацентезы и шунтирования на фоне адекватной консервативной терапии, а эффект остается временным и наступает повторно рецидив. Мы можем предположить в этой ситуации, что функция слуховой трубы утратила свою способность обеспечивать необходимую вентиляцию всей системы среднего уха: барабанную полость, антрум и ячеистую структуру сосцевидного отростка. Напрашивается вывод, что

следует пойти на встречу с устоявшимися редуцированными возможностями слуховой трубы в отношении вентиляции всего объема полостей среднего уха и хирургически уменьшить этот объем за счет сосцевидного сектора.

За десятилетний период мы наблюдали шесть взрослых больных с таким торпидным течением одностороннего экссудативного отита, проведя достаточно полное клиническое обследование. Практически у всех больных на компьютерной томограмме височной кости имела место развитая структура ячеек сосцевидного отростка. Все они подвергались в течение 2-3 лет неоднократному шунтированию барабанной полости и антрума, однако эффект был времен-

ным: после удаления дренажных трубок экссудат появлялся снова.

Предпринята попытка уменьшения объема вентилируемых полостей слуховой трубой за счет исключения клеток сосцевидного отростка. Операция представляла собой позадиушную меатоантротомию с пластическим закрытием адитуса. Задняя костная стенка слухового прохода убирается достаточно широко до тимпанального кольца и хорошей обзримости задних отделов адитуса. После тщательного удаления мукопериоста по периметру адитуса произво-

дится его перекрытие фасциальным трансплантатом.

Таким образом, сформированная единая меатоантральная полость хорошо аэрируется извне с последующей метаплазией слизистого эпителия, а тимпанальная полость с сохраненными элементами трансформационного аппарата достаточно обеспечивается воздухом за счет слуховой трубы.

Рецидивов отита и ретракций мембраны в последующем у больных мы не наблюдали, слуховая функция не нарушена.

© А.Д. Гусаков, А.А. Гусакова, 2016

*А.Д. ГУСАКОВ, П.П. ШЕВЛЮК, Н.Ю. КРАСОВСКАЯ (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*  
**СОДЕРЖИМОЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

У истоков последующих заболеваний среднего уха как гнойных, так и не гнойных, у детей раннего возраста, сопровождающихся тугоухостью и, как следствие, задержкой умственного развития, является достаточно частое проявление морфологического неблагополучия в системе среднего уха непосредственно после родов (наличие миксоидной ткани, околоплодной жидкости). К сожалению, подобное явление в ранней детской отиатрии мало изучено и профилактика последующих воспалительных заболеваний не разработана. Об этом свидетельствует противоречивая статистика патологии среднего уха у новорожденных детей (от 15% до 59%), имеющаяся в единичных публикациях.

На базе Запорожского областного патологоанатомического бюро отделения детской патологии № 2 нами произведено исследование содержимого барабанной полости 40 височных костей мертворожденных и детей, умерших в первые дни жизни. У всех детей производился забор материала из барабанной полости посредством тимпанопункции с последующей аспирацией содержимого. Затем материал наносили на предметные стекла, фиксировали в 96% этило-

вым спиртом и окрашивали по Романовскому-Гимзе.

Нативный материал представлял собой мутную жидкость светло-серого цвета. При цитологическом исследовании содержимого барабанной полости в большинстве случаев материал был представлен бесструктурными аморфными студенистыми массами, окрашенными в разные оттенки синего и розового цвета (элементы миксоидной ткани). Кроме того, в значительном количестве обнаружены безъядерные чешуйки плоского эпителия (элементы амниотической жидкости). В свою очередь, при микроскопии мазков были определены клетки крови (эритроциты, макрофаги, лимфоциты). В 8 случаях у детей, умерших в первые дни жизни, была обнаружена в значительном количестве бактериальная флора (коккобациллярная).

Таким образом, в большинстве случаев в полостях среднего уха находилась ткань, подобная миксоидной, и жидкость, похожая на амниотическую. А обнаруженная бактериальная флора в 20 % случаев могла способствовать развитию воспалительной патологии среднего уха у новорожденных детей.

© А.Д. Гусаков, П.П. Шевлюк, Н.Ю. Красовская, 2016

Л. ДАНИЛОВ, М. МАНЮК, П. АБАБИЙ, С. ДЬЯКОВА, А. БОКАН  
(КИШИНЕВ, РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА)

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИМПАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

**Введение.** Отоларингология непрерывно развивается от десятилетия к десятилетию, благодаря техническим достижениям (микроскопы, оптические эндоскопы, лазеры), микрохирургическим инструментариям и непрерывного совершенствования методов исследования и лечения.

В последние десятилетия классическая отология существенно изменилась, продолжая описывать методы, направленные на функциональную и реконструктивную хирургию среднего уха.

Миринопластика преследует две основные цели: защита круглого окна от воздействия звуковых колебаний и восстановление поверхности натяжения барабанной перепонки с использованием трансплантата.

Тимпаноластика это деликатная нестандартная хирургия, которая восстанавливает анатомические повреждения среднего уха, вызванные хроническими гнойными отитами.

**Цель исследования:** основным направлением исследования является установление эффективности тимпаноластики у детей которые страдают хроническим отитом в ремиссии используя технику „Underley”.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в педиатрическом отделении оториноларингологии было проведено 220 тимпанопластик разных типов у детей в возрасте от 8 до 18 лет.

Операционное вмешательство проводилось под общей анестезией, под контролем микроскопа "Opton". Использовался позадиушной доступ к среднему уху, принимая во внимание

узкий слуховой проход у детей и необходимость проведения контрольной антротомии в определенных случаях.

Для удобства условий операции разработали двойной инструментальный стол. На нижнем уровне лежит голова пациента, а на верхнем уровне – микрохирургические инструменты.

Другое устройство, разработанное нами состоит из запирающего механизма к рабочему столу, телескопической стрелы которая имеет запирающий механизм для ушной воронки. Это устройство обеспечивает хирургу бимануальную практическую работу.

В качестве трансплантата была использована фасция височной мышцы или надхрящница козелка. Для поддержки трансплантата использовался Gelfoam, прикладываемый в среднее ухо. На фасцию прикладывались кусочки Gelfoama пропитанные раствором гидрокортизона, затем турунды пропитанные мазью с антибиотиком. После 12-14 дней из наружного слухового прохода удаляются все турунды и местно наносится мазь с антибиотиком.

**Результаты и выводы.** Положительные послеоперационные результаты (после двух лет наблюдения), которые характеризовались целостностью неотимпанальной мембраны, отсутствием острых воспалительных процессов среднего уха были получены у 83% оперированных детей, из которых 42% с улучшением слуха. Своевременно сделанная тимпаноластика значительно уменьшает количество обострений хронического среднего отита у детей с сохранением слуха.

© Л. Данилов, М. Манюк, П. Абабий, С. Дьякова, А. Бокан, 2016

Ю.В. ДЕСВА, О.М. НАУМЕНКО, В.М. ВАСИЛЬСВ (КИЇВ, УКРАЇНА)

### РОЛЬ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ В РОЗБУДОВІ УКРАЇНСЬКОЇ НАУКИ

*До 175-річчя НМУ імені О.О. Богомольця*

Кафедра оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця від її заснування і до нинішнього часу завжди займала провідне місце серед наукової спільноти України. На протязі своєї історії кафедру очолювали видатні вчені, що відкрили

нові напрямки в розвитку оториноларингології, були засновниками власних наукових шкіл, виховали та навчили десятки тисяч студентів, сформували плеяду своїх послідовників та учнів, які продовжували почесну справу служіння народу України.

Керівниками кафедри в різні роки були: О.М. Пучківський (1921-1937), Л.І. Гіренко (1938-1939), А.Л. Гінзбург (1939-1944), Я.О. Шварцберг (1944-1963), І.А. Курилін (1963-1984), Ю.В. Мітін (1985-2014), О.М. Науменко (2014-2015), В.М.Васильєв (2015-2016), з березня 2016 р. кафедру очолює професор Ю.В.Деєва.

Засновником кафедри оториноларингології 1-го Київського медичного інституту був відомий вчений, організатор медичної науки, доктор медичних наук, професор О.М. Пучківський. Ця визначна для нашої спеціальності подія відбулася в 1921 році. На жаль в часи широкого переслідування національних кадрів (1937 рік) професор О.М. Пучківський був безпідставно звинувачений і незаконно репресований. Він похований на Лук'янівському кладовищі (м. Київ) в загальній могилі. В 1957 році його було помертно реабілітовано.

В буремні часи Великої Вітчизняної війни Київський медінститут був евакуйований до м. Челябінська, де ЛОР-кафедра продовжувала свою роботу під керівництвом професора А.Л.Гінзбурга (1939-1944).

В 1944 році Київський медінститут повернувся на Україну і кафедру оториноларингології, очолив професор Яків Олександрович Шварцберг (1885-1969). Розбудову ЛОР-кафедри Київського медінституту проф. Я.О. Шварцберг розпочав з організації клініки в хірургічному корпусі Жовтневої лікарні. Професор Я.О. Шварцберг користувався щирою повагою серед лікарів, співробітників та студентів, він був вели-

ким життєлюбом, чудовим лектором, педагогом і вихователем молоді. Посаду завідувача кафедри проф. Я.О. Шварцберг звільнив у 1963 р., але до 1969 р. залишався її консультантом.

В 1963 році кафедру ЛОР-хвороб очолив і керував нею 21 рік талановитий хірург-оториноларинголог, всесвітньовідомий вчений і громадський діяч, Лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки і техніки, професор Іван Авксентійович Курилін. За час його роботи кафедра отримала загальносоюзне визнання, здобула статус республіканського центру реконструктивно-відновлювальної ЛОР-хірургії, стала науковим, навчально-методичним та клінічним центром для кафедр оториноларингології медичних вузів України.

З 1985 по 2014 рр. кафедру очолював Заслужений діяч науки і техніки України, професор Ю.В. Мітін. Очоливши колектив Ю.В.Мітін зберіг традиційні для кафедри наукові напрямки, і розвивав нові, такі як дослідження внутрішнього вуха, ендоскопічна ринохірургія. Як керівник опорної кафедри він багато уваги приділяв створенню навчально-методичного забезпечення викладання оториноларингології, видано 10 підручників, 11 навчально-методичних посібників щорічно проводились засідання завідувачів кафедр та курсів України.

І на сьогодні колектив кафедри продовжує плідно працювати розвиваючи науково-практичні напрямки, навчаючи студентів, інтернів, клінічних ординаторів, забезпечуючи навчальний процес та працюючи для розбудови нашої спеціальності – оториноларингології.

© Ю.В. Деєва, О.М. Науменко, В.М. Васильєв, 2016

*А.В. ДИХТЯРУК (КИЕВ, УКРАИНА)*

## **ВОЗДЕЙСТВИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ, КАК ПРИЧИНА ЭКССУДАТИВНОГО ОТИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Экссудативный средний отит (ЭСО) представляет собой серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Это заболевание развивается на фоне дисфункции слуховой трубы, и характеризующееся наличием в барабанной полости серозно-слизистого выпота.

У детей заболевание встречается гораздо чаще, чем у взрослых. Диагностируется у 60% детей в возрасте 3-7 лет, у 10% в возрасте от 12 до 15 лет.

Причины ЭСО у взрослых весьма разнообразны. Их можно подразделить на общие и местные.

К общим причинам относятся снижение общей иммунной реактивности, аллергия, специфические заболевания, снижающие иммунитет, экологические факторы, частые инфекционные заболевания. Основной местной причиной является нарушение вентиляционной функции слуховой трубы, чаще в результате гипертрофии глоточной миндалины или вялотекуще-



го воспалительно-аллергического процесса в носоглотке. Однако существует ряд других факторов, которые непосредственное принимают участие в возникновении ЭСО (American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion. 2014 May;113(5):1412-29).

Во время погружений под воду, необходимо выравнивать давление в барабанной полости во время спуска. При неравномерном выравнивании образуется разница в давлениях полости среднего уха и окружающей среды, что приводит к болезненному явлению, известному как «сдавливание», которое может привести к баротравме. Также при некоторых обстоятельствах во время всплытия, при наличии обструкции или obturации слуховой трубы, дайвер может испытывать боль и сдавливание – так называемый «обратный блок». По возвращении на поверхность, когда давление окружающей среды равно 1 АТА, угроза сдавливания и получения баротравмы исчезает. Однако эта аксиома верна лишь для погружений с использованием воздуха. В техническом и коммерческом дайвинге невозможно использовать сжатый воздух, т.к. погружения на глубину свыше 42 метров требует использование дыхательных смесей. Таким образом, процент содержания кислорода в смеси очень высок в начале погружения, и достигает 70% и выше. Среднее ухо заполняется смесью с высоким содержанием кислорода.

Больной Н., 27 лет, в urgentном порядке поступил в ЛОР-клинику 20 мая 2016 г. с жалобами на снижение слуха на оба уха, умеренную боль.

Из анамнеза выяснено: 12 часов назад было совершенное погружение под воду. (В клинику обратилось 2 дайвера, совместно совершавших погружение. Оба дайвера имели схожую клиническую картину заболевания). График декомпрессии был выполнен в точности и соответствовал международным нормам DAN (Divers Alert Network).

Заболевание не могло быть связано со неисправностью оборудования, так как дайвера использовали разное снаряжение. Условия погружения: температура воды 28°C, давление составляло 8,5 АТА, время экспозиции-25 минут с последующей двухчасовой декомпрессией. Погружение прошло четко, по ранее запланированному протоколу.

Медицинский осмотр перед погружением не выявил каких либо воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

ЛОР-статус повторного обращения: Левое ухо – наружный слуховой проход – широкий, свободный. Отмечается краевая гиперемия, световой конус – отсутствует, контуры рукоятки

молоточка – сглажены; ШР – 1 м, РР – 3 м. Правое ухо: наружный слуховой проход – широкий, свободный. Отмечается краевая гиперемия, световой конус – отсутствует, контуры рукоятки молоточка – сглажены; ШР – 1,5 м, РР – 3 м. Сосцевидные отростки с двух сторон без изменений. Другие ЛОР-органы без патологии.

На аудиограмме в левом ухе (AS) отмечается нормальные пороги костной проводимости на всей тон-шкале до 10 дБ; воздушная проводимость снижена до 30-40 дБ; костно-воздушный интервал – 20-30 дБ; в правом ухе (AD) – повышение порога костной проводимости до 10 дБ, воздушной – до 30 дБ в диапазоне разговорных частот; костно-воздушный интервал – 20 дБ. Данные тимпанометрии: кривая «тип В» по Jerger с двух сторон. На основании комплексного обследования установлен диагноз: Двухсторонний экссудативный средний отит (у обоих дайверов).

Наличие высокого содержания кислорода в барабанной полости в течение всего времени, когда дайвер находился под давлением выше атмосферного, не являлось проблемой. Однако, достигнув поверхности, дайвер не видел необходимости выравнивать давление в ушах, так как оно стабилизировалось и было равным давлению окружающей среды. Но среднее ухо дайвера по-прежнему оставалось заполненным смесью с повышенным содержанием кислорода.

В течение 12-24 часов после воздействия гипербарической оксигенации, кислород в среднем ухе метаболизируется окружающими тканями. Объем газа постепенно уменьшается, что может стать причиной возникновения разницы в давлении между наружным и средним ухом. Это может привести к баротравме среднего уха – тому же эффекту, что испытывает дайвер, если не выравнивая давление среднего уха во время погружения. Такой вид баротравмы известный как синдром поглощения кислорода в среднем ухе или «кислородное ухо».

Данный феномен часто испытывают военные летчики. Они используют кислород на больших высотах и могут испытывают сдавливание в ушах после приземления. Так как проявление симптомов заболевания развиваются в течении 24 часов, человек из группы риска может и не подозревать о проблеме, пока не возникнут клинические проявления. Вероятность развития осложнений увеличивается, если человек ложиться спать на протяжении 6 часов после события, спровоцировавшего синдром, так как это резко снижаем метаболические процессы всего организма.

Далеко не все летчики и дайверы сталкиваются с этой проблемой. Те, кому обычно при-

ходиться прилагать усилия, чтобы выравнять давление в полости среднего уха, подвергаются самому высокому риску. Однако остальные вынуждены периодически выравнять давление как под водой, так и на поверхности после всплытия, чтобы избежать баротравмы этого типа.

Особенность представленного случая заключается в том, что использование даже такого распространенного в медицинской практике газа как кислород, под давлением более 1 АТА может привести к развитию экссудативного среднего отита. С целью предотвращения дан-

ного феномена, целесообразно проводить обязательный профилактический медицинский осмотр ЛОР-врачом всех категорий людей из группы риска (перед использованием гипербарической оксигенации).

С целью профилактики может быть использован любой прием, который используется для выравнивания давления среднего уха: обычное глотание; опыт Тойнби; опыт Вальсальвы; способ Политцера. Как правило, выравнивание каждые 15-30 мин в течение 2-4 ч после воздействия гипербарической оксигенации поможет предотвратить возникновение синдрома.

© А.В. Дихтярук, 2016

*В.Я. ДІХТЯРУК, Е.В. ЛУКАЧ, Ю.О. СЕРЕЖКО, В.В. СТРИЖАК, О.В. ДІХТЯРУК  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ РОТОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ**

За даними національного канцер-реєстру України, у 2010 році показник трьохрічної виживаності складає відповідно при 3-й стадії захворювання 16,9% , а при 4-й стадії – 9,0 % Такі низькі показники виживаності вимагають розробки нових підходів для значного покращення результатів лікування.

Багато питань лікувальної тактики плоскоклітинного раку ротової частини глотки залишаються невирішеними. Можливості стандартної комбінованої терапії цих пухлин з перед- і післяопераційною променевою терапією та радикальною операцією обмежені, особливо при розповсюджених формах. При цьому успіх лікування прямо пов'язаний зі значним розширенням оперативного втручання, а значить з погіршенням якості життя таких хворих і необхідністю виконання об'ємних реконструктивно-пластичних операцій. Частота рецидивів після хірургічного лікування досягає 60%, а віддалених метастазів – 18%. Все це спонукає клініцистів на розробку більш ефективних, органозберігаючих методів лікування для покращення якості життя хворих. Роль хіміотерапії в лікуванні плоскоклітинного раку голови та ший вивчена недостатньо.

**Метою** дослідження є вивчення результатів лікування, із застосуванням хіміотерапії у комбінованому лікуванні хворих із злоякісними новоутвореннями ротової частини глотки.

**Матеріали і методи.** В дослідження включено 72 хворих із злоякісними новоутво-

реннями ротової частини глотки, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці, і не отримували попереднього лікування. Із них було 54 (82,1%) чоловіків і 18 (17,9%) жінок. Вік пацієнтів від 26 до 70 років. Середній вік склав 51,2 роки.

В усіх випадках діагноз був верифікований гістологічно. Мікроскопічне дослідження пухлин показало значну перевагу плоскоклітинного раку. Найчастіше пухлини локалізувалися у піднебінному мигдалику – 57 (73,2%) хворих, на боковій та задній стінках новоутворення виявлені у 8 (14,29%), на валекулі та на язиковій поверхні надгортанника – у 7 (12,5%) хворих.

Всі хворі мали 3-4 стадію захворювання. У 65 (87,5%) хворих виявили регіонарні метастази, із них у 24 (34,7%) хворих – двобічні.

Всі 72 хворих, на першому етапі лікування отримували неоад'ювантну хіміотерапію. Лікування складалось з трьох циклів за схемою: паклітаксел у дозі 175 мг/м<sup>2</sup> та карбоплатин 350 мг/м<sup>2</sup> (або цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>) в перший день. З першого по п'ятий дні – 5-фторурацил 800 мг/м<sup>2</sup>/на добу. Перерва між циклами неоад'ювантної хіміотерапії становила 21 день. Після проведених 3 циклів неоад'ювантної хіміотерапії і 3-тижневої перерви, усім хворим призначався курс телегаматерапії по розщепленому методу в сумарній осередковій дозі (СВД) 65 Гр.

Результат лікування оцінювали ступенем регресу пухлини за критеріями ВООЗ через мі-

сяць після закінчення комбінованого лікування на підставі КТ-досліджень з контрастуванням, даних лікувального патоморфозу та клінічного обстеження.

В першій групі після проведення 3-х циклів неоад'ювантної поліхіміотерапії повного регресу пухлини не відмічено у жодного хворого. У 45 хворих (62,5%) була часткова регресія пухлини, а у 27 хворих (37,5%) – стабілізація. Після проведення променевої терапії у дозі 65 Гр відмічено повний регрес пухлини у 48 хворих що складало (66,7 %), частковий регрес пухлини – у 17 хворих (23,6 %) і у 7 хворих (6,9%) констатовано стабілізацію процесу. У жодного хворого не виявлено прогресування захворювання. Слід зауважити, що у хворих в яких був повний регрес пухлини, у 98% випадках новоутворення локалізувалось на піднебінному мигдалику. В подальшому у хворих, при залишковій пухлині і регіонарних метастатичних лімфатичних вузлах ший або прогресії пухлинного росту призначалось відповідне лікування.

Так, ад'ювантна хіміотерапія до 6 циклів була проведена у 31 хворого. У 6-х хворих з залишковим процесом в валекулах та на язиковій поверхні надгортанника проведена розширена ларингектомія, у 7 хворих при метастазах раку в лімфовузлах ший – операція Крайля, у 5 хворих – селективна шийна дисекція. У 11 хворих з не-

значними пухлинами після лікування проведена кріодеструкція залишкової пухлини.

Віддалені результати лікування оцінювались по показникам однорічної та трьохрічної загальної виживаності. Однорічна виживаність склала 86 %. Загальна трьохрічна виживаність склала 52 %.

#### **Висновки**

1. Результати нашого дослідження показали перевагу послідовного хіміопроменевого лікування, яке включає в себе 3 циклу неоад'ювантної поліхіміотерапії та курсу променевої терапії при лікуванні хворих зі злоякісними новоутвореннями ротової частини глотки 3-4 стадії. Цей метод лікування дозволив досягти кращих безпосередніх результатів, а також підвищення виживаності хворих цієї категорії (однорічна виживаність склала 86%, дворічна – 52%).

2. Найкращий результат лікування констатований у хворих з локалізацією новоутворення на піднебінному мигдалику.

3. Застосування кріодеструкції при незначних за розміром рецидивних пухлинах ротової частини глотки також є ефективним допоміжним методом лікування.

4. Злоякісні новоутворення валекули та на язиковій поверхні надгортанника за нашими даними резистентні до хіміопроменевого лікування і потребують хірургічного втручання.

© В.Я. Діхтярук, Е.В. Лукач, Ю.О.Сережко, В.В. Стрижак, О.В. Діхтярук, 2016

*И.В. ДОБРОПРАВОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ**

Считается, что причиной возникновения доброкачественных образований гортани (фибром, ангиофибром, фиброзных полипов голосовых складок) является регулярное и длительно напряжение голосовых складок. Многие авторы в качестве второстепенных этиологических факторов также отмечают снижение иммунитета, злоупотребление спиртными напитками, курение, некоторые вирусные заболевания (герпетическая и аденовирусная инфекция, корь, грипп, ВПЧ), длительное воздействие раздражающих веществ (вдыхание табачного дыма, мелкодисперсной пыли, работа в задымленном помещении), хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, нарушения в работе эндокринной системы, длительную интубацию, наследственные факторы.

Однако в литературе нет сообщений о влиянии на возникновение фибром психоэмоциональных факторов и предшествующих хронических функциональных нарушений голосового аппарата. Хочется отметить, что в настоящее время большое развитие получила теория психосоматических заболеваний, когда функциональные состояния, при неблагоприятных условиях, трансформируются в органические. Данный аспект особенно актуален для правильного ведения послеоперационного периода, так как в большом количестве случаев ожидаемого полного и быстрого восстановления качества голоса после технически правильно выполненной операции не происходит. Проведено изучение анамнеза, психоэмоционального состояния, фониатрического статуса

64 пацієнтів (із них 28 жінок, 36 чоловіків), перенеслих ендоларингеальне видалення доброкачественної опухолі гортани. 46 осіб (71,8 %) склали особи голосової професії. В більшості випадків пацієнти скаржились на підвищену втомлюваність голосу в період тривалого часу (від 6-7 міс до 2-3 років), періодично з'являючись хрипіння, яка проходила після відпочинку, парестезії в області глотки, гортани, нудота блювоти, напруження при фоніації до виявлення опухолі. Крім скарг, що характеризують голосову дисфункцію, 24 пацієнта (37,5 %) відзначали загальну слабкість, нездужання, розбитість, часті головні болі, 17 осіб (26,6 %) скаржились на безпричинне тривожне стан, безсоння вночі і сонливість вдень, 19 (29,6 %) – подразливість, лабільність настрою, підвищену загальну втомлюваність. Багато хворих відзначали зв'язок між виникненням захворювання і впливом різних стресових факторів.

Оцінка нервово-психічного і емоційного стану проводилась за психологічними методами "УНП" і "САН". В 43 (67,2%) випадках відзначалося значне підвищення рівня психопатизації і невротизації, в 51 (79,7%) спостережень – порушення пси-

хо-емоційного стану за всіма показателями (самочуття, активність, налаштування).

При оцінці фоніатричного статусу на 7-й день після операції відзначалося зниження часу максимальної фоніації в 51,1% випадків, зниження амплітуди стробоскопічних коливань в 81,2 % випадків, в 9 випадках відзначено негативний «стробоскопічний комфорт», в 82,8 % спостережень виявлені одні або інші порушення при акустичному аналізі голосу за методом GRBAS.

Ці дані спостережень дозволили передбачити, що в більшості випадків виникненню доброкачественної опухолі гортани передувало хронічне функціональне порушення голосового апарату (хронічна гіпотонусна дисфонія, фонастенія), що змусило пацієнтів напружувати голос, використовувати форсовану фоніацію, жорстку атаку звуку, що могло привести до утворення фіброми.

В світлі вищевикладеного, в післяопераційному періоді в ранні терміни була розпочата корекція психо-емоційного стану пацієнтів, фонопедія, загальнозміцнююча і стимулююча терапія, що дозволило оптимізувати лікування. Дані рекомендації з метою профілактики рецидивів захворювання.

© І.В. Добронравова, 2016

*В.В. ДЯЧУК, В.В. ДЯЧУК (МУКАЧЕВО, УКРАЇНА)*

## **ВИКОРИСТАННЯ НАЗАЛЬНИХ ДЕКОНГЕСТАНТІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГНІЙНИМ МЕЗОТИМПАНОМ**

Хронічний гнійний мезотимпаніт (ХГМ) є частою патологією дитячого віку. Результати його лікування, не завжди задовольняють хворого та лікаря. Запальний процес у вусі може бути 2-3 тижні та при його затиханні, нерідко виникає нове загострення. Особливо тривало протікає ХГМ у дітей з гіперергічною реакцією слизової оболонки верхніх дихальних шляхів і барабанної порожнини, коли виявляються значні слизові виділення з вуха. Часті загострення ХГМ можуть приводити до прогресуючого зниження слуху і переходу процесу на кісткову структуру середнього вуха та виникнення небезпечних мозкових ускладнень. Позитивні результати лікування дітей з ХГМ отримали А.Л. Косаковський, Я.В. Шкорботун (2004) при місцевому використанні препаратів групи  $\alpha$ -адреноміметиків (фенілефрину).

**Метою** нашого дослідження була оцінка клінічної ефективності місцевого використання назальних деконгестантів у дітей при комплексному лікуванні ХГМ. Вони призначаються хворим для зменшення виділень та набряку слизової оболонки носа, покращення прохідності слухової труби.

### **Матеріал та методи.**

Нами проведено дослідження у 83 дітей віком від 6 до 17 років, які перебували на амбулаторному лікуванні з приводу ХГМ в 2010-2015 роках. Дівчат було 38, хлопців – 45. Хворі були розділені на дві групи (основна 63 дітей, контрольна – 20), які не відрізнялися за віком, перебігом захворювання і отримували комплексне лікування, згідно існуючих протоколів надання медичної допомоги при ХГМ. Давність захворювання була від 2 до 7 років. Кількість

загострень запального процесу у вусі складало 4-5 разів за рік.

Діагноз захворювання встановлювався на підставі скарг хворих, даних анамнезу та всебічного клінічного, лабораторного, бактеріологічного, рентгенологічного (КТ при потребі), аудіологічного обстеження. У значної кількості хворих було встановлено порушення функції носа і слухової труби. Так, у 10 дітей виявлено риносинусит, у 7 – аденоїдні вегетації Ш ст., 4 – гіпертрофію мигдаликів Ш ст., у 3 – хронічний риніт, у 2 – викривлення перегородки носа. У 13 цих дітей було проведено хірургічне втручання. При оптичній отоскопії добре було видно перфорацію барабанної перетинки та видиму частину слизової оболонки барабанної порожнини, її гіперемію, набряк. Загострення ХГМ виникало, як правило, після ГРВІ та купанні у водоймищах. У більшості дітей (78,3%) переважав односторонній ХГМ. При бакдослідженні виділень з вуха виявлялися переважно *Staph. aureus*, *epiderm.*, *Str. pyogenus*, *Moraxella catarrhalis*. У 28,9% ріст мікрофлори не виявлено.

У дітей основної групи, одночасно з традиційною схемою лікування, всім хворим, після кожної очистки вуха (2-3 рази в день), додатково проводили аплікацію назальних деконгестантів (галазолін, нафтизін, фармазолін та інші) в зону транстимпанальної перфорації. В контро-

льній групі не використовували місцево назальні деконгестанти.

Ефективність лікування оцінювали за динамікою наявності і кількості виділень з вуха, характер мікрофлори, гіперемії, набряку видимої частини слизової оболонки барабанної порожнини, по частоті рецидивів отиту.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У дітей основної групи відбувалося більш швидке зменшення та повне зникнення гнійних виділень з вуха, що на 4-5 днів було раніше, ніж в контрольній групі, не висівалася мікрофлора. Скорочення строків лікування відбувалося в середньому на 5 днів. Ремісія ХГМ була досягнута у 97,5% випадках на 5-6 добу лікування, а у контрольній 90,1% тільки на 10-12 добу.

При огляді дітей через рік у 33 дітей основної групи не виявлено загострень ХГМ. Слух був у межах норми. В інших пацієнтів відбулося одно- та дворазове загострення ХГМ. У контрольній групі стан був попередній.

**Висновки.** В результаті проведеного нами дослідження встановлено, що використання назальних деконгестантів в комплексному лікуванні дітей з ХГМ в більшості випадків приводить до швидкої ліквідації запального процесу в порожнині середнього вуха, прискорює одужання та сприяє стійкій ремісії.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2016

*В.В. ДЯЧУК, В.В. ДЯЧУК (МУКАЧЕВО, УКРАЇНА)*

## **ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНИХ ГНІЙНИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ У ДІТЕЙ**

Хронічний гнійний середній отит (ХГСО) є тяжкою патологією дитячого організму, який приводить не тільки до значного зниження слуху, але може викликати внутрішньочерепні ускладнення, які загрожуватимуть життю дитини. Діагностика, своєчасне лікування та профілактика ХГСО залишаються актуальними і в сучасний період.

Під нашим динамічним спостереженням на протязі останніх 10 років було 74 дітей з ХГСО (56 – хронічним мезотимпанітом, із них 43 – одностороннім і 13 – двостороннім, 18 – хронічним епітимпанітом, із них у 2 хворих існував двосторонній процес). Вік дітей був від 5 до 16 років. Дівчат було 33, хлопців – 41. Давність захворювання коливалася від 2 до 6 років. Всі діти лікувалися в амбулаторних та стаціонарних умовах.

Діагноз захворювання встановлювався на основі скарг хворих, даних анамнезу, клінічних, лабораторних досліджень, КТ черепа і скроневих кісток, детального ЛОР-обстеження та аудіологічного дослідження. Проводилося бактеріологічне дослідження гною з вух на флору і чутливість до антибіотиків. Дітей з внутрішньочерепними ускладненнями оглядав невролог, проводилися люмбальні пункції.

При обстеженні хворих з ХГСО виявлено функціональні зміни слухової труби, а також різні ураження носа та приносних пазух (аденоїдні вегетації, гіпертрофія піднебінних та тубарних мигдаликів, хронічний тонзиліт, риносинусит, хронічний гіпертрофічний риніт, викривлення перегородки носа, хронічний фарингіт). При цьому у 53(71,6%) дітей було 2 і більше захворювань.

Клінічними дослідженнями встановлено, що основною причиною розвитку патологічного процесу в середньому вусі у дітей є часті і тривалі захворювання верхніх дихальних шляхів. Важливе значення, звичайно, мають анатомо-фізіологічні особливості будови слухової труби та середнього вуха, на що вказує односторонній запальний процес, коли друге вухо абсолютно здорове. Має значення також незрілість імунного стану дітей, алергія. Необхідно враховувати також сімейний анамнез патології вуха і ряд інших факторів схильності організму до виникнення отитів у дітей. Звичайно на розвиток ХГСО у дітей впливає неправильне та неякісне лікування гострого гнійного середнього отиту, відсутність динамічного спостереження за хворими дітьми.

Із 18 дітей з хронічним епітимпанітом у 12 хворих в ургентному порядку проведено хірургічне втручання – антростоїдотомія, у 6 – розширена радикальна операція в зв'язку з інтракраніальною патологією: отогенний менінгіт

і менінгоенцефаліт, екстра- і епідуральний абсцес мозку в ділянці середньої і задньої черепних ям, сінустромбоз. Більше половини прооперованих хворих (12), були діти ромської народності з незадовільним соціальним статусом, хоча вони складають лише 1,1% від всього населення краю.

Отже, всім пацієнтам у яких є проблема з верхніми дихальними шляхами, потрібно своєчасно проводити комплексне консервативне чи хірургічне лікування, спрямоване на відновлення носового дихання і дренажної функції слухової труби, що буде профілактичною мірою для запобігання розвитку запального процесу в порожнинах середнього вуха. При наявності ХГСО потрібно першим етапом провести планове лікування виявлених захворювань верхніх дихальних шляхів та не допустити до внутрішньочерепних ускладнень. Лікування гострого гнійного середнього отиту потрібно проводити до повного анатомічного і функціонального відновлення структур вуха.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2016

*В.В. ДЯЧУК, В.В. ДЯЧУК (МУКАЧЕВО, УКРАЇНА)*

### **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ ХРОНІЧНИМ ГНІЙНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Не дивлячись на значні успіхи в діагностиці та лікуванні дітей з хронічним отитом, розповсюдженість даної патології залишається досить високою і привертає увагу лікарів. Хронічний гнійний середній отит (ХГСО) у дітей є однією з основних причин втрати слуху і розвитку внутрішньочерепних ускладнень, що потребує динамічного спостереження та цілеспрямоване лікування даних хворих.

**Метою** нашої роботи було вивчення динаміки захворюваності дітей ХГСО в Закарпатській області на протязі 25 років. Актуальним завданням сучасної дитячої отоларингології є поглиблене вивчення частоти ХГСО в регіоні та недопущення грізних ускладнень.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Нами проаналізовані показники захворюваності дітей ХГСО по щорічних звітних даних та результатах їх лікування в ОДЛ м. Мукачеве за період 1990-2015 рр. і порівняно їх з результатами по Україні.

В розділі «Хвороби вуха і соскоподібного відростку» відмічено, що в цілому по Україні

показник захворюваності ХГСО має тенденцію до зменшення. В той же час в Закарпатській області на протязі всього проаналізованого періоду показники поширеності та захворюваності ХГСО залишаються стабільно високими і перевищують загальнодержавні дані. Так, наприклад, за 2014 р. дані показники були – 1,39 і 0,17, проти 0,94 і 0,24 на 1000 дітей. Вік дітей був від 4 до 17 років. Початок появи гноетечі з вуха батьки зв'язували з ГРВІ. Тривалість захворювання була від 2 до 6 років.

Всі хворі були комплексно обстежені отоларингологом, а також, при потребі, неврологом, офтальмологом, педіатром та проведена КТ скроневих кісток, аудіометрія і бактеріологічне дослідження виділень з вуха на флору і чутливість до антибіотиків. У 87,4% дітей було встановлено мезотимпаніт, у 12,6% - епітимпаніт. У 3,5% хворих процес був двостороннім. У 4,8% випадках було проведено хірургічне втручання з приводу внутрішньочерепних ускладнень.

У всіх хворих дітей було виявлено зниження сприйняття шепітної мови. При аудіологічному дослідженні встановлено змішане ура-

ження звукопровідного і сприймального апарату. При бактеріологічному дослідженні гнійних виділень з вуха виявлялися патогенні і непатогенні стафілококи, кишкова паличка, протей, грибки Кандіда та мікробні асоціації.

При виявленні у хворих супутніх захворювань ЛОР-органів (аденоїдних вегетацій, хронічного гіпертрофічного риніту, викривлення перегородки носа, риносинусит) проводилася активна санація та хірургічне втручання, що сприяло попередженню рецидивів хронічного отиту. Дослідженням встановлено, що більше половини хворих дітей при відсутності болю та наявності незначних виділень з вуха, не зверталися за медичною допомогою.

Найбільш частою причиною виникнення загострення ХГСО були різні вірусні інфекції та купання влітку у водоймищах.

Нами проаналізовано також динаміку розповсюдженості гострого середнього отиту в регіоні. В результаті дослідження встановлено, що поширеність та захворюваність ГСО на протязі проаналізованого нами періоду щорічно були низькі показники в порівнянні із загально-

державними даними. Так, за 2014 р. вони були по Україні – 25,82, по регіону – 21,07.

В комплексне лікування дітей з ХГСО включалися загальноприйняті препарати місцевої і загальної дії. В результаті активного комплексного лікування у 65,6% хворих наступила стійка ремісія на протязі 5 років. У інших хворих спостерігалось від 1 до 3 рецидивів за рік без ускладнень.

**Висновки.** Розповсюдженість ХГСО в Закарпатській області не має тенденцію до зниження. Ця група хворих постійно поповнюється за рахунок ГСО, виявлених вперше в житті і неякісно пролікованих. Регулярне, динамічне спостереження і своєчасне комплексне, індивідуальне лікування дітей з ХГСО є досить ефективним методом попередження розвитку внутрішньочерепних ускладнень та недопущення прогресування зниження слуху. Таке дослідження є важливим та необхідним завданням ЛОР-лікарів з метою використання отриманих даних для організації планування і розробці відповідних заходів, направлених на своєчасне оздоровлення даного контингенту дітей.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2016

*С. ДЬЯКОВА, И. АБАБИЙ, М. МАНЮК, Л. ДАНИЛОВ, П. АБАБИЙ, Л. ЧЕЛАК  
(КИШИНЕВ, МОЛДОВА)*

## **МОДИФИЦИРОВАННАЯ ТИМПАНОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРСИСТИРУЮЩИМ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ**

**Введение.** Миринготомия с фиксацией тимпаностомы (тимпаностомия) используется для предотвращения хронических форм среднего отита. Однако, сведения об эффективности и возможных послеоперационных осложнениях классической тимпаностомии разнообразны и противоречивы. В Молдове тимпаностомия у детей со средним отитом проводится на протяжении 20 лет. За эти годы были разработаны показания, алгоритм проведения этой операции, усовершенствована техника оперативного вмешательства (патент на изобретение МД 674 за 2013 год) и разработана схема ведения послеоперационного периода.

**Целью** данной работы был сравнительный анализ эффективности тимпаностомии в нашей модификации в лечении персистирующего и рецидивирующего среднего отита по сравнению с классической тимпаностомией.

**Материал и методы.** Мы проанализировали влияние различных модификаций тимпа-

ностомии на отдаленные результаты лечения (не менее 10 лет) при персистирующем экссудативном среднем отите (ПЭСО) и рецидивирующем гнойном среднем отите (РГСО).

Дети с ПЭСО и РГСО в анамнезе, которым в возрасте от 2 до 6 лет была показана тимпаностомия, разделены на 2 группы, в соответствии с вариантом планируемой операции. Группа К состояла из 52 детей, которым произведена классическая тимпаностомия, модифицированная тимпаностомия проведена 53 детям (группа М). Комплексное обследование до операции включало анализ анамнестических данных, отомикроскопию, импедансометрию, аудиометрическое исследование, компьютерную томографию, а также анализ качества жизни. Группы были сформированы одинаковыми по возрасту, полу, длительности заболевания и выраженности процесса. В послеоперационном периоде дети обследовались первый год – каждые три месяца, второй и третий год – каждые 6

месяцев, а затем – 1 раз в год. Длительность послеоперационного наблюдения в обеих группах была не менее 10 лет. В схему обследования детей в послеоперационном периоде включены отомикроскопия, аудиометрия, импедансометрия, оценка динамики показателей качества жизни. При необходимости проводились дополнительные обследования. При рецидивировании или хронизации среднего отита в послеоперационном периоде схема обследования и лечения менялась в соответствии с диагностированной патологией.

**Результаты и дискуссии.** Отомикроскопическое и аудиологическое обследование, проведенное пациентам в течение послеоперационного периода, выявило различия в динамике состояния среднего уха. Ранняя и поздняя оторрея чаще отмечены в группе К (12% и 7%), по сравнению с группой М (1,5% и 0,5%). Динами-

ка аудиометрических показателей в течение послеоперационного наблюдения была более стабильной в группе М, чем в группе К. За весь период послеоперационного наблюдения тимпанограмма типа В и С2 регистрировалась чаще в группе К (34 % обследований), по сравнению с группой М (18%). Рецидивирование отита диагностировано у 8% пациентов группы К и у 3% – группы М. Формирование хронического гнойного среднего отита зарегистрировано у 2% детей группы К и 0,5% – группы М. Оперативное вмешательство потребовалось 7% пациентов группы К и 3% – группы М.

**Выводы.** Тимпаностомия является эффективным методом лечения персистирующего и рецидивирующего среднего отита у детей. Совершенствование техники оперативного вмешательства повышает эффективность лечения.

© С. Дьякова, И. Абабий, М. Манюк, Л. Данилов, П. Абабий, Л. Челак, 2016

*Ф.Д. ЕВЧЕВ, А.Ф. ЕВЧЕВА, И.Э. ЧЕРНЫШЕВА, Д.Ф. ЕВЧЕВ (ОДЕССА, УКРАИНА)*

## **ПРИЧИНЫ КЛЕТОЧНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС**

Неуклонный рост злокачественных опухолей в мировом масштабе, связан с трансформацией здоровых клеток в неопластическую. А этот процесс обусловлен с одной стороны, неуклонным повышением содержания канцерогенных и коканцерогенных факторов (агентов) в окружающей среде и их пролонгированное действие на организм, а с другой – снижением иммунологически обусловленной сопротивляемости населения к действию этих факторов, который наблюдается практически во всех развитых странах и достаточно сильно выражено в Украине.

Сегодня причины возникновения неоплазии не установлены. Обозначены основные предположения, что неоплазия у человека возникает на фоне предопухолевых и фоновых состояний. Эти предположения в равной мере относятся к обоим полам, однако у женщин рак нередко сочетается с дисгормональными нарушениями. Общепризнанными вредными факторами являются: табачный дым, выхлопные газы, промышленные выбросы, различное химическое и радиоактивное загрязнение окружающей среды, длительное воздействие высокой температуры, а также не соблюдение правил личной гигиены. Сочетание этих факторов с пролонгированным действием на здоровую слизистую оболочку создают условия для трансформации

здоровой клетки в неопластическую. Наряду с этими экзогенными факторами необходимо учитывать и проводить лечебные мероприятия по уменьшению и ликвидации эндогенных факторов приводящих к интоксикации и накоплению агрессивных окислительных радикалов. Образующиеся при этом реактивные формы кислорода и азота, а также альдегиды продуцируют воспаление и индуцируют в эпителиоцитах повреждение ДНК и генные мутации.

Сегодня рассматривается вопрос о значении вирусов в качестве канцерогенных агентов, в частности вируса Епштейна Барр, вируса папилломы человека, вируса простого герпеса 1-2 типа и цитомегаловирусы. В последние годы активно изучается роль вирусов в индукция и стимуляции роста злокачественных новообразований различной локализации, в том числе и опухолей ЛОР-органов. В подтверждение последнего исследования изучены (определены) антитела этих вирусов в крови ЛОР-онкологических больных и больных с хроническими воспалительными заболеваниями ЛОР-органов.

По данным отечественных и зарубежных исследователей антитела выше указанных вирусов в крови здоровых людей определяются у 60-80% взрослого населения, однако неопластический процесс развивается не у всех. Доказано,



что уровень антител к вирусам у лиц с онкопатологией выше, чем при хронических воспалительных заболеваниях.

Сегодня имело бы большое диагностическое и прогностическое значение в подтверждении такого этиопатогенеза не только в выявлении антител к вирусу в сыворотке крови, но и верификации этих вирусов в тканях самой опухоли. Возможно это приблизит истину к решению проблемы клеточной неопластической трансформации. Принято считать, что папилломы, лейкоплакия, гиперкератоз и пахидермия часто переходят в рак, хотя клинически не всегда подтверждается.

Известно, что наличие выше указанных патологических изменений не обязательно предreshают переход в рак, но процесс все

еще может остаться доброкачественным или даже подвергнуться обратному развитию. Однако в совокупности с клиническими данными такая морфологическая картина должна быть особо учтена при выборе способа лечения.

Таким образом, перед мировым сообществом остается глобальная задача в решении этой проблемы. Должны быть изучены, разработаны и приняты к обязательному исполнению определенный алгоритм диагностики прогностических маркеров, который бы учитывал вышеуказанные причины. Решение этой сложной и жизненно-важной проблемы невозможно в одной отдельно взятой стране, это мировая проблема, ведь наблюдается рост злокачественных заболеваний повсеместно.

© Ф.Д. Евчев, А.Ф. Евчева, И.Э. Чернышева, Д.Ф. Евчев, 2016

*Ф.Д. ЄВЧЕВ, І.Е. ЧЕРНИШЕВА, А.Ф. ЄВЧЕВА, Д.Ф. ЄВЧЕВ (ОДЕСА, УКРАЇНА)*

## **ВИБІР РАЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПАТОГЕННОЮ БАКТЕРІАЛЬНОЮ ФЛОРОЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

**Актуальність.** Проблема лікування запальних процесів носа і ротоглотки різного генезу має клінічне та соціальне значення, що пов'язане із значним збільшенням їх частоти. За останні роки збільшилася частота дисбіозу: стрепто-стафілококового та кандидозного ураження слизової оболонки.

Тому виникають труднощі лікування часто хворіючі з бактеріальним запаленням (стрептококової, стафілококової та мікробної асоціації), яка колонізує на слизовій оболонки носа та ротоглотки. Труднощі у лікуванні бактеріального запалення виникають із некоректного вибору антибіотиків, при якому колонізація та резистентність флори збільшується.

Сьогодні, резистентні бактерії представляють загрозу у всіх областях медицини та не виключено, що у найближчі роки людство перейде в постантибіотичну еру. Тому доповідь ВООЗ стала призивом до боротьби з глобальною загрозою резистентності.

Проблема профілактики та лікування запальних процесів порожнини носа, рота та гортаноглотки має важливе соціальне значення у зв'язку з некоректним або нераціональним застосуванням антибіотиків при ОРВІ, яке призводить до розвитку резистентних форм бактерії. Вірусну присутність в ротоглотці підтверджу-

ють антигени різних типів аденовірусів, паратрипу С та грипу.

Некоректна терапія гострого та хронічного запалення призводить до дисбіозу та спонукає розвиток рубцево-склеротичних порушень в тканинах, що затрудняє наступне накопичення антибіотиків в осередку запалення, а також знижує імунітет слизової оболонки. Все це сприяє росту колонізації патогенної флори та збільшенню її асоціації у ротоглотці, що обумовлює збільшення частоти вірусних та змішаних інфекцій верхніх дихальних шляхів.

Для клінічної оцінки симбіозу слизової оболонки верхніх дихальних шляхів з метою її санації слід враховувати нормальні (регіональні) значення мікрофлори верхніх дихальних шляхів.

**Мета роботи** – підвищення ефективності терапевтичної санації хворих з патогенною бактеріальною флорою верхніх дихальних шляхів, через комплексний вплив на хронічний патогенний осередок використання імуномодулятора – 10% екстракту прополісу з обліпихової олії (1:2) та антимікробного, антивірусного 2% розчину Декасана.

**Матеріал та методи.** У дослідну групу включено 40 хворих. З них 20 чоловіків і 20 жінок. Пацієнтів розподілено на дві рівнозначні групи по 20 хворих.

I-а група (ОГ) з 20 хворих, які отримували аплікацію 10% екстракту прополісу з обліпихової олії (1:2) слизової оболонки 2 рази на добу, протягом 6 -8 днів та інгаляції з 2% розчином Декасана, раз на добу 6-8 днів.

II-а група (КГ) з 20 хворих, що отримували традиційне комплексне лікування.

**Результати.** Виявлена різниця симбіозу слизової оболонки верхніх дихальних шляхів у досліджених пацієнтів у порівнянні зі значеннями здорових осіб. У всіх пацієнтів контрольні

дослідження мазків зі слизової оболонки через 3-6 місяців після лікування у хворих ОГ підтвердили значно зменшення кількості патогенної флори у 100% обстежених та відсутність рецидиву захворювання.

**Висновки.** Проведені дослідження свідчать про клінічне значення санації слизової оболонки від патогенної флори, що призводило до поліпшення загального стану хворих та відсутності загострення захворювань слизової оболонки верхніх дихальних шляхів.

© Ф.Д. Євчев, І.Е. Чернишева, А.Ф. Євчева, Д.Ф. Євчев, 2016

*А.Я. ЖЕЛТОВ, А.Д. ГУСАКОВ (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

### **ВСЕГДА ЛИ ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

Секреторный средний отит у детей в последние десятилетия стал повсеместно предметом острых дискуссий из-за не совсем понятного для врачей характера своего «поведения»: он может, как внезапно появиться, так же неожиданно исчезнуть, а может проявляться годами вплоть до появления холестеатомного отита. И врачей специалистов, естественно тревожат те 5% детей, которые имеют в той или иной степени выраженности, признаки экссудации в среднем ухе. Наблюдая таких детей, с диагнозом «экссудативный средний отит», врач непременно изучает состояние носоглотки и, как правило, обнаруживает лимфоидную ткань, свойственную этому возрасту. С этого момента и начинаются репрессивные отношения к выявленным аденоидам в плане лечения экссудативного среднего отита. Приходилось встречать детей, которым аденотомия производилась неоднократно (до трех раз!) без существенных сдвигов в клинике отита.

Действительно, экссудативный средний отит, так или иначе, связан с неудовлетворительной функцией слуховой трубы. Это нарушение функции ее возможно как следствие, по крайней мере, при двух достаточно легко определяемых состояниях: во-первых, резкое затруднение носового дыхания на почве гиперплазии третьей степени с сопутствующим реактивным отеком слизистого покрова, во-вторых, наличие хронического воспаления лимфоидных тканей носоглотки, особенно в области боковых его стенок, при удовлетворительной дыхательной функции. Если в первом случае ведущим является механический фактор, который легко

может быть устранен, то во втором случае ведущим могут быть нейровегетативные проявления деятельности слуховой трубы, в результате постоянного раздражения зоны вегетативной нервации ветвей крылонебного узла, как продуктами воспалительного процесса, так и аномально расположенными фрагментами лимфоидной ткани. Все это требует в каждом случае экссудативного отита тщательного проведения современного эндоскопического осмотра носоглотки и анализа выявленных особенностей на предмет уточнения тактики вмешательства. Там, где имеется обычная гипертрофия глоточной миндалины, допустима стандартная общепринятая аденотомия с восстановлением адекватного носового дыхания. Там же, где доминируют признаки хронического воспаления и неблагоприятия в области боковых стенок, непременно должна осуществляться визуально контролируемая аденотомия с использованием шейверной техники и возможно коблатора.

Проверена эффективность аденотомии в комплексном лечении больных детей с экссудативным средним отитом дошкольного возраста в трех группах.

Первая группа 50 чел., которым в прошлом произведено обычная аденотомия без учета особенностей патологии носоглотки. В этой контрольной группе выздоровление через год наблюдалось у 82%.

Исследовательская группа больных с экссудативным средним отитом составила 107 человек. По данным подробного клинического и эндоскопического исследования носоглотки они распределены на две группы. В первой из них,

80 человек, у которых гипертрофия глоточной миндалины определялась до третьей степени с выраженным затруднением носового дыхания, но без явных признаков хронического аденоидита. Аденоидные вегетации четко выступали в передне-заднем положении, закрывая хоаны. Вторую группу, 27 человек, составили дети, у которых доминирующим симптомом при эндоскопии были явные признаки хронического воспаления и патологические изменения тканей боковой стенки носоглотки, окружающих устье слуховой трубы. Эти больные подвергнуты дополнительному обследованию, в том числе и КТ околоносовых пазух, в результате у части из них (17 %) были выявлены признаки синусита.

Всем больным исследовательской группы произведено под общим обезболиванием визуально контролируемая аденотомия с использованием шейвера и в некоторых случаях коблатора, при этом придерживались органосохраняющего принципа, за исключением случаев выраженного аденоидита.

© А.Я. Желтов, А.Д. Гусаков, 2016

*А.С. ЖУРАВЛЕВ, О.Г. АВРУНИН, Ю.М. КАЛАШНИК, М. ФИЛЬТЗОВ  
(ХАРЬКОВ, УКРАИНА, ГАННОВЕР, ГЕРМАНИЯ)*

### **3D-ТЕХНОЛОГИИ ПРИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

Система современного медицинского образования, в связи с расширением и изменением информационной среды, подвергается активному влиянию научного и технологического прогресса. Это, в свою очередь, диктует высокие требования к усвоению практических навыков студентами-медиками. Для актуализации и популяризации учебного материала и приближению образовательных навыков к новой среде практического здравоохранения необходимо использование в медицинском образовании виртуальных технологий, которые являются ключевым направлением совершенствования высшей медицинской школы.

В этой связи на кафедре оториноларингологии Харьковского национального медицинского университета совместно с Харьковским национальным университетом радиоэлектроники и институтом мультифазных процессов Ганноверского университета имени В. Лейбница производится разработка симуляционных тренажеров для отработки мануальных навыков при проведении оториноларингологических операций.

При наблюдении в течение года в контрольной группе исчезновение признаков экссудативного отита после стандартной аденотомии наблюдалось только у 82%. Наибольший процент выздоровлений наблюдается в первой экспериментальной группе 96,3%, у которых не было признаков хронического аденоидита и которым произведено визуально контролируемая аденотомия. Положительный результат излечения экссудативного отита у этих больных имел место уже через месяц после операции. У больных второй группы процент выздоровлений несколько хуже 85,2%, причем, выздоровление после операции наступило значительно позже.

Таким образом, морфологическое состояние лимфоидной ткани носоглотки у детей с экссудативным отитом играет существенную роль в развитии экссудативных процессов в среднем ухе, требует тщательного изучения и анализа, и соответствующих хирургических приемов с использованием современной техники.

Для этого нами впервые применен 3D принтер, с помощью которого на основе специально разработанных программ создана модель полости носа в норме и при наличии различного рода ринологических изменений. Эта новейшая технология позволяет выполнять трехмерные модели, используемые для симуляции операционного вмешательства с максимальной детализацией анатомических объектов.

Большое преимущество такого метода состоит в том, что подробно воспроизводится точная копия внутренних структур полости носа пациента. Это дает гарантию успешного проведения оперативного вмешательства. Важнейшим плюсом при этом является значительное сокращение сроков реконструкции натурной модели полости носа по сравнению с классической технологией производства. Кроме того, 3D-печать, благодаря использованию полимеров различной химической природы и структуры, позволяет выполнить образец необходимого протеза, импланта или модели.

При этом возможна отработка различных мануальных навыков и этапов проведения опе-

раций на ЛОР - органах с применением эндоскопического оборудования, сшивающих аппаратов, лигирующих устройств, а также с использованием всевозможных вариантов ушивания, отработкой проведения необходимых неотложных манипуляций и операций при экстремальных состояниях ЛОР - органов на моделях максимально приближенных к реалистичности. Полезно не только отработка различных мануальных навыков, но и, что более важно для врачей-интернов и молодых врачей, проведение практически полноценных хирургических операций с использованием аппаратуры - инструментария

в условиях максимально приближенных к реальным. Это позволяет достигнуть полной имитации «живой хирургии».

Данный тренинг адаптирует технику базовых навыков к реальным условиям работы в операционной и позволяет преодолеть психологический барьер у начинающих врачей-оториноларингологов, связанный с началом выполнения оториноларингологических вмешательств в клинических условиях, а также отрабатывать новые современные варианты оперативного вмешательства с использованием совершенных технологий.

© А.С. Журавлев, О.Г. Аврунин, Ю.М. Калашник, М. Фильтзов, 2016

*А.С. ЖУРАВЛЕВ, О.Г. АВРУНИН, Н.О. ШУШЛЯПИНА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)*

### **ТРЕНИНГОВАЯ СИСТЕМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАХЕОСТОМИИ**

В связи с расширением профилей медицинских специальностей отоларингологам все чаще и чаще приходится сталкиваться с оперативным вмешательством – трахеостомией – одной из наиболее распространенных в неотложной оториноларингологии. Для максимальной эффективности и безопасности процедуры введения трахеостомической трубки в полость трахеи специалистам необходимо овладеть навыками правильной техники ее выполнения, от которой зависит жизнь и здоровье пациента, особенно при оказании экстренной помощи в интенсивной терапии. Для успешного проведения процедуры врач должен знать четкую последовательность выполнения манипуляций, уметь провести трахеостомию быстро и без вреда для здоровья, а также продиагностировать правильность проведения процедуры.

Поэтому для приобретения практических навыков проведения данной процедуры молодым специалистам целесообразно выполнять тренинг на специальных муляжах, которые имитируют поведение пациента в экстренных ситуациях. Такие тренинги помогают уменьшить вероятность ошибок в реальной ситуации.

Основой такого тренажера является натурная модель дыхательных путей человека, которая применяется для отработки практических навыков для студентов и врачей интернов на кафедре оториноларингологии ХНМУ. Она представляет собой реалистичную анатомическую модель торса человека. Для наиболее точ-

ного воссоздания структуры и свойств дыхательных путей материалы, из которых изготавливаются те или иные части манекена имеют механические свойства, схожие со свойствами тканей человека. Для отслеживания правильности техники выполнения процедуры на торсе установлены измерительные преобразователи (датчики), позволяющие анализировать воздействия обучаемого на муляж. Учитывая особенности выполнения трахеостомии, типичные ошибки и последовательность манипуляций, устанавливается специальная система интерактивного контроля с датчиками, подключенными к микропроцессорной системе, которые по заданной программе фиксируют этапы имитационного процесса. Датчики получают сигнал, когда трубка достигла соответствующей глубины или, например, силы нажатия при вскрытии трахеи. На перстневидный хрящ также устанавливается датчик для индикации неправильных действий.

Блок индикации представляется собой совокупность зрительных и звуковых индикаторов, на которые будут поступать сигналы, при неправильных действиях тестируемого. Блок индикации интерпретирует правильность проведения процедуры за счет генерации зрительных и звуковых сигналов, причем последние будут срабатывать в критических ситуациях и при грубых ошибках, в то время как зрительная часть будет постоянно отображать ход выполнения процедуры.

© А.С. Журавлев, О.Г. Аврунин, Н.О. Шушляпина, 2016

## ДИСТАНЦІЙНА ІНФРАЧЕРВОНА ТЕРМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ ПАРАНАЗАЛЬНИХ СИНУЇТІВ

**Актуальність:** Поява сучасних інфрачервоних (ІЧ) систем з високою роздільною здатністю і можливістю реєструвати температуру, з точністю до 0,02-0,07°C, дозволило виявляти мінімальні зміни температури навіть на незначних за площею об'єктах дослідження. Комп'ютерні програми, суміщені з термографією, забезпечують в реальному часі візуалізацію та обробку не тільки якісних, а й кількісних параметрів термозображення, що забезпечує детальне трактування локалізації, розмірів, характеру кордонів і структури осередків патології.

Безсумнівно, актуальним є поглиблене вивчення змін інфрачервоного випромінювання передньої групи параназальних синусів, його кількісних та якісних характеристик з метою підвищення рівня діагностики різних патологічних станів, та попередження розвитку ускладнень.

**Мета дослідження:** Підвищення якості діагностики хворих з гострими параназальними синуситами на основі використання дистанційної інфрачервоної термографії (ДІТ).

**Матеріали та методи дослідження:** Обстежені 300 пацієнтів. З них, хворі гострими параназальними синуситами – 200 чоловік, та група контролю – 100 чоловік. Дані ґрунтуються на аналізі результатів обстеження пацієнтів і комплексному лікуванні хворих з гострими параназальними синуситами. Вік пацієнтів коливався 19-91 років. ДІТ проводилась усім тематичним хворим та групі контролю за допомогою термографа 3-го покоління, на базі мікроболометричної матриці форматом 384x288 елементів, з вбудованим екраном. Інформативність термограм порівнювалась з: рентгенографією ППН; КТ ППН.

### Результати:

1. Встановили розподіл показників дистанційної інфрачервоної термографії параназаль-

них синусів у практично здорових людей залежно від статі та віку.

У групі здорових осіб було виявлено:

- Проекція лобних синусів ТС 31,8-34,9±0,1 °С.

- Проекція в/ч синусів ТС 32,0-34,7±0,2°C.

- Проекція гратчастого лабіринту ТС 32,0-35,2±0,2°C.

2. Виявили зміни показників ДІТ у пацієнтів, з різною локалізацією гострого запального процесу в ННП:

- Гостра катаральна форма – термоасиметрія складала 0,4-0,9 ± 0,1 °С.

- Гостра серозна форма – термоасиметрія складала 1,0-1,4 ± 0,1 °С.

- Гостра гнійна форма – термоасиметрія складала 1,5-2,5 ± 0,1 °С.

3. Вирахували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

- Для катаральної форми патології коефіцієнт рангової кореляції Спірмена  $r=0,702$ .

- Для серозної форми патології коефіцієнт рангової кореляції Спірмена  $r=0,735$ .

- Для гнійної форми патології коефіцієнт рангової кореляції Спірмена  $r=0,793$ .

4. Створили систематизовану, цифрову базу термографічних даних, при гострих запальних ураженнях параназальних синусів

5. Розробили методіку проведення дистанційної інфрачервоної термографії у хворих з параназальними синуситами.

**Висновки:** ДІТ дозволить спростити діагностику гострих запальних захворювань параназальних синусів, а також знизити матеріальні затрати на її проведення. Тому цей метод може бути з успіхом впроваджений в лікувальних закладах.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОНЗИЛЭКТОМИИ

На протяжении многих лет ведется дискуссия о методах проведения тонзилэктомии,

которая является одной из самых обсуждаемых на сегодняшний день. В первую очередь эти

вопросы касаются выбора анестезиологического пособия для больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом.

В связи с этим, целью нашего исследования явилась сравнительная характеристика различных методов обезболивания при проведении тонзиллэктомии (эндотрахеальный наркоз и местная анестезия с применением внутривенной седации) с учетом особенностей течения пред- и послеоперационного периода.

Под наблюдением находилось 24 человека, которые были прооперированы в ЛОР клинике ХНМУ на базе Харьковской ОКБ с февраля по май 2016 года. Первую группу составили 12 больных, которые были прооперированы под общим обезболиванием с использованием эндоларингеальной трубки с раздувной манжетой. Вторую группу составляли 12 больных, операция которым проводилась под комбинированным обезболиванием (местная анестезия с добавлением внутривенной седации). У всех больных имел место хронический декомпенсированный тонзиллит, установленный на основании субъективных, объективных и инструментальных методов исследования, подтверждающие степень декомпенсации процесса. При этом особое внимание уделялось интраоперационному периоду, в котором оценивалось доступность операционного поля, выраженность кровопотери из послеоперационной раны на основании использованного материала, а также на основании дефицита ОЦК, методы остановки кровотечения, психоэмоциональное состояние больного и оперирующего врача, длительность операции. Кроме этого оценивались субъективные и объективные симптомы в послеоперационном периоде, принимались во внимание репаративные эффекты в послеоперационной области, а также

учитывалось количество использованных обезболивающих препаратов. Среди лабораторных методов оценивался уровень кортизола в крови больных до и после операции. В результате проведенных исследований выявлено как ряд преимуществ, так и недостатков использования общей анестезии.

Несомненным преимуществом тонзиллэктомии в условиях эндотрахеальной анестезии является использование интубационной трубки, что исключает риск попадания крови в дыхательные пути. Наличие адекватного доступа с использованием ротаторасширителя, отсутствие глоточного рефлекса, абсолютный контроль врача-анестезиолога за состоянием пациента позволяет выполнить все необходимые манипуляции в операционной области. Отсутствием болевых ощущений в ходе самого вмешательства позволяет сохранить уровень кортизола в пределах физиологической нормы, что способствует более быстрой репарации тканей. Так, в первые сутки фибринозный налет появлялся у 92% случаев в первой группе и 67% во второй группе, а на 2-е сутки – соответственно 8% и 33%. Начало регресса фибринозного налета у 50% больных первой группы отмечалось на 6 сутки, у больных второй группы – на 7-е сутки. Что касается недостатков общей анестезии, то длительность операции в среднем на 30-40 мин больше, чем при комбинированной анестезии, что обусловлено временем интубации, установкой ротаторасширителя и экстубацией больного.

Однако однозначной точки зрения в выборе анестезиологического пособия не может быть, поскольку индивидуальный подход к больному является основным постулатом не только отоларингологии, но и медицины в целом.

© А.С. Журавлев, Ю.В. Светличная, Н.О. Шушляпина, И.В. Бурлака, В.В. Колесниченко, 2016

*Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, А.А. БЕЛОУСОВА, С.В. ВЕРЕВКА (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЗАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ: В-СТРУКТУРИРОВАННЫЕ БЕЛКОВЫЕ АГРЕГАТЫ И ИХ ВОЗМОЖНАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ**

**Состояние вопроса:** Несмотря на многолетние исследования, причины возникновения, развития и частого рецидива назальных полипов не имеют общепризнанного объяснения, хотя и признается иницирующая роль воспалительного процесса. Известно, что сопровождающие

воспаление процессы нефункционального протеолиза, эндогенной интоксикации и оксидативного стресса приводят к образованию значительных количеств поврежденных белков, структурно неустойчивых и склонных к образованию нерастворимых агрегатов.

**Цель:** Проверить возможное присутствие  $\beta$ -структурированных белковых агрегатов в ткани назальных полипов больных хроническим полипозным риносинуситом.

**Методы:** гистологические, светооптическая и поляризационная микроскопия.

**Результаты:** В исследованных препаратах обнаружено отложение окрашенных Конго красным структур с характерным оптическим дихроизмом. Подобно амилоидным отложениям, окрашенные включения локализовались вдоль коллагеновых и ретикулиновых структур. Подобные образования отличаются высокой стабильностью, устойчивостью к протеолиту, цито-

токсичностью, иммуногенностью и способностью к самопроизвольному росту за счет окружающих тканей. Согласно современным представлениям выявленные структуры не могут быть отнесены ни к нормальному коллагену, ни к нормальному гиалину, а являются разновидностью  $\beta$ -структурированных белковых агрегатов.

**Выводы:** Присутствие в составе ткани назальных полипов  $\beta$ -структурированных белковых агрегатов позволяет объяснить как нарушение нормального функционирования прилежающих тканей с вовлечением их в патологический процесс, так и рецидивирующее течение заболевания.

© Д.И. Заболотный, А.А. Белоусова, С.В. Верева, 2016

*Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, А.Ф. КАРАСЬ, Г.А. КАРАСЬ, Л.Д. КРИВОХАТСЬКА, Т.А. ЯЦЕНКО,  
Е.Р. ІСМАГІЛОВ, Д.О. ЗІНЧЕНКО, О.Л. КОСТЮЧЕНКО, С.П. ЧАЙКА, В.А. ДУБОК  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ БІОАКТИВНОСТІ НАНОСТРУКТУРОВАНИХ МАТЕРІАЛІВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ ДЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ**

**Актуальність** В умовах сучасного бурхливого розвитку тканинної інженерії особливої актуальності набуває розробка наноструктурних матеріалів для каркасів-матриць, що можуть забезпечити структурну підтримку, формоутворення, необхідні параметри, фізико-хімічні та біоактивні властивості імплантатів, а також ефективність заміщення або/чи відновлення необхідних ділянок біотканин.

**Метою** роботи була оцінка особливостей росту клітин на каркасах з новостворених та відібраних наноструктурованих матеріалів для імплантації, виявлення їх біоактивних та пластичних можливостей та відбір найбільш ефективних для реконструктивно-відновної хірургії.

**Матеріал та методи дослідження.** Для дослідження були відібрані створені вітчизняними вченими Інституту проблем матеріалознавства НАН України під керівництвом д-р хім. наук, проф. В.А. Дубка матеріали, такі як: наноструктуроване скло №5, модифікований гідроксиапатит (ГАП) з хітозаном 50:50, ГАПгель, а також колагенова губка (Біофарма), поліпропіленова хірургічна сітка та полілактид в 3Д формі з різними розмірами пор та переплетінням мікроволокон [В.А.Дубок та співав., 2008, 2014; В.Ф. Макеев М.О. Черпак, 2013; Dorozhkin. 2010, 2013].

Дослідження проводили *in vitro* та *in vivo*. Всього було проведено 2 серії досліджень.

1) *In vitro* – з використанням перещеплюваної культури клітин тестикулів поросят (ПТП) в умовах їх введення в культуральне середовище на підкладку з відповідного матеріалу. З кожним видом використаного матеріалу було проведено 9-10 досліджень, паралельно проводили контрольне введення клітин ПТП в середовище без додавання імплантаційного матеріалу. Для вивчення клітин в культурі було використано метод оптичної мікроскопії в інвертованому мікроскопі, після фарбування гематоксилін-еозином, а також люмінесцентної мікроскопії після забарвлення акридиновим оранжевим.

2) Дослідження *in vivo* були проведені на 27 щурах. При цьому, зважаючи на отримані результати *in vitro*, для імплантації в кістки черепа та хрящ зовнішнього вуха використовували пластинки полілактиду після покриття їх ГАП-гелем. Тварин виводили з експерименту через 2, 4, 6 тижнів, забирали необхідні фрагменти тканин для морфологічних досліджень за загальноприйнятим методом, в подальшому вивчали препарати після фарбування гематоксилін-еозином та акридиновим оранжевим.

В результаті досліджень *in vitro* було проведено скринінговий аналіз та виявлено особли-

вості токсичної дії зразків матеріалів створених на основі наноструктурованого скла №5 та модифікованого гідроксиапатит (ГАП) з хітозаном 50:50, на культуру клітин, яка проявлялась в появі численних пікнотичних, вакуолізованих загиблих клітин та виявленні лише окремих островців з незначною кількістю клітин на відстані від введених композитних матеріалів. При використанні нами зразків колагенової губки клітини мали помірний ріст, що проявлялося в появі на 2-3 добу окремих островців клітин без вияву токсичної дії, кількість клітин на площі 100x100 мкм складала  $3,51 \pm 0.39$ . В той же час при використанні як підкладки для перещеплюваних клітин ГАПгелю, хірургічної сітки та полілактиду уже через 1 добу спостерігали гарний ріст клітин з подальшим посиленням росту на 2-3 добу та утворення синцитію, чисельність клітин на площі 100x100 мкм складала  $5,98 \pm 0,75$ ;  $7,85 \pm 1,5$  та  $15,01 \pm 1,8$ , відповідно. Привертало увагу те, що кількість клітин та активність їх поширення була особливо вираженою та рівномірною при застосуванні полілактиду в 3Д формі з високою пористістю, різними розмірами пор та відносно рідким переплетінням волоконця.

В дослідженнях *in vivo* після імплантації в дефект кісток черепа та хрящ зовнішнього вуха 27 щурів полілактиду вкритого ГАПгелем через 2 тижні було виявлено прояв запальної реакції з появою грануляційної тканини, активний розвиток процесів резорбції імплантованого матеріалу, макрофагальної реакції, активації фібробластів, а також активації остеобластів в кістках та

клітин охрястя в хрящовій пластинці. Дані факти вірогідно відображали розвиток репаративних процесів, що у подальшому через 4 та 6 тижнів супроводжувались появою новоутвореної кістки. При дослідженні загоєння кісток черепа привертала увагу підвищена адгезія ГАПгелю до кісткової тканини, що проявлялось утворенням своєрідного валика по краях кісткового дефекту та супроводжувалось активною фібробластичною реакцією безпосередньо біля введеної полілактидної пластинки. При дослідженні зони дефекту хрящової пластинки через 2 та 4 тижні спостерігалась активація клітин охрястя та більш виражений розвиток сполучної тканини, що відповідає характерному для хрящової тканини рубцюванню зони дефекту після пошкодження. Слід особливо підкреслити, що при застосуванні для імплантації полілактидного матеріалу з більш щільним розміщенням волоконця та зменшенням пористості, спостерігалось зменшення темпів резорбції та збільшення зони реактивності. Подібні факти з урахуванням даних літератури вірогідно вказують на значення структури та матеріалу каркасу-матриці, його пористості для інтерналізації імплантату біотканинами [Комлев В.С., 2011, 2016; Филюшин М.М., 2012].

**Висновок.** Отримані результати свідчать про перспективність використання даних матеріалів для імплантації, а також про потребу ретельного та поглибленого дослідження фізико-хімічного стану різних матеріалів та окремих зразків, їх впливу на відновні процеси, проведення спостереження в більш віддалені терміни.

© Д.І. Заболотний, А.Ф. Карась, Г.А. Карась, Л.Д. Кривохатська, Т.А. Яценко, Е.Р. Ісмагілов, Д.О. Зінченко, О.Л. Костюченко, С.П. Чайка, В.А. Дубок

*Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, М.М. КРУК (КИЇВ, ЛЬВІВ; УКРАЇНА)*

## **ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА У КОРЕКЦІЇ ТУБАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ**

Кількість хворих на кондуктивну приглухуватість в результаті хронічних запальних процесів у середньому вусі, незважаючи на сучасні методи лікування не зменшується. У патогенезі розвитку середніх отитів важливе значення відіграє порушення функціонального стану слухової труби, зокрема, її еквіпресорної, дренажної та захисної функції.

Еквіпресорна і дренажна функції слухової труби забезпечується переважно роботою м'язів м'якого піднебіння – піднімача та напружувача

(m. levator velipalatine, m. tensor velipalatine). У роботі цих м'язів відзначається чотири етапи: 1) підняття м'якого піднебіння (m. levator velipalatine) викликає спочатку пасивну а потім активну ротацію медіальної хрящової пластинки слухової труби; 2) латеральна екскурсія бічної стінки глотки; 3) розкриття просвіту за рахунок руху m. tensor velipalatine дистально і до низу а потім проксимально і вгору; 4) розкриття трубного клапану в ділянці перешийку за рахунок напруження м'язів.



Лікувальна гімнастика на м'язи слухової труби, піднебіння, глотки – «кінезитерапія тубарних м'язів», як метод функціональної терапії передбачає активне і свідоме виконання хворим певних фізичних вправ. З метою посилення роботи м'язів, що приймають участь у розкритті слухової труби, покращенні носового дихання, виконувалась вправи що мають загально зміцнюючий характер, впливають на соматичний та психічний стан, підвищуючи загальний тонус організму. Хворих навчали спеціально розробленого комплексу вправ на м'язи ротоглотки, глотки, язика, тубарних м'язів, що поєднували з ранковою та вечірньою гігієною перед дзеркалом. Гімнастичні вправи полягали у витягуванні

та втягуванні язика, масаж язиком піднебіння, «штовхання» язиком переднього ряду зубів, піднебіння, ковтання і посилене жування з закритим та відкритим ротом. Ці рухи виконували щоденно по 5 разів з паузами у 3-5 с, спочатку повільно, поступово нарощуючи темп і збільшуючи кількість повторів до 10-20 разів. Окрім цього, хворі навчалися виконувати вправи на ділянку шийного хребта, а також деякі асани з йогівської гімнастики (носове, діафрагмальне дихання, поза «лева»), які впливають на покращення носового дихання. У поєднанні із класичними методами терапії тубарної дисфункції кінезитерапія зарекомендувала себе як дієвий метод що покращує якість життя пацієнтів.

© Д.І. Заболотний, М.М. Крук, 2016

*Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, А.П. ВАХНИНА, М.Д. ТИМЧЕНКО  
(КИЕВ, ПОЛТАВА; УКРАИНА)*

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ОБОСТРЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПИДОТИМОДА**

За последнее десятилетие применение иммуномодуляторов в комплексной терапии хронических воспалительных процессов в области верхних дыхательных путей (ВДП) получило клинко-иммунологическое обоснование и широкое внедрение в практику отоларингологов, педиатров и терапевтов (Д.И. Заболотный и соавт., 2010; Ю.В. Марушко и соавт., 2012; О.Ф. Мельников, 2013; Ogasawara e.a., 2013). Однако на сегодня, использование иммунокорректоров при острых воспалительных процессах и обострениях хронических в области ВДП, особенно у детей, изучено недостаточно для создания схем эффективной стандартной терапии и выбора оптимальных иммуномодулирующих препаратов. В связи с изложенным, представлялось целесообразным провести исследование состояния локального иммунитета у детей с обострением хронического аденоидита (ОХА) при использовании в комплексной терапии иммуномодулятора – пидотимода и без него. Пидотимод (имунорикс) известен как эффективное средство для восстановления параметров системного иммунитета (Г.Н. Дранник, 2006) при различных воспалительных процессах в ВДП, однако его влияние на состояние параметров локального иммунитета практически не исследовано.

Обследовано 25 детей с обострением хронического аденоидита в возрасте от 7 до 10 лет, из них мужского пола было 14, 10 человек лечи-

лись по общепринятой схеме – антибактериальные препараты (Изофра), противовоспалительные средства, витамины и антигистаминные препараты (эриус, эдем), растворы морской воды (хьюмер, аквамарис). 15 человек дополнительно к базовой терапии с первых дней получали имунорикс по 400 мг 1 раз в день в течение 15 дней. Контрольная группа (практически здоровые дети аналогичного возраста) была представлено 11 детьми (5 мужского пола). Исследование локального иммунитета у детей с ОХА проводили в трех временных точках: при поступлении больных, на 3-й и 14-й дни после окончания лечения. Локальный иммунитет оценивали по содержанию в нестимулированном ротоглоточном секрете (РС) секреторного IgA, лактоферрина, дефензина-бета, интерферона-альфа, которые определяли с помощью иммуноферментного метода, применяя реактивы фирм Вектор-Бест (РФ), Хема-Медика (РФ), Assauro (США), аналитический ридер LAB-line (Австрия). Статистическая обработка проведена с применением непараметрического критерия U Вилкоксона.

Было определено, что основными отклонениями в параметрах локального иммунитета у детей с ОХА от контрольной группы были низкие уровни лактоферрина и дефензина ( $p < 0,02$ ), отсутствие изменений в содержании секреторного IgA и повышенный уровень интерферона. Проведение стандартной терапии сопровожда-

лось підвищенням рівня sIgA, лактоферрина і дефензину вище рівня значень у пацієнтів контрольної групи на 3 день після закінчення лікування, однак «нормалізації» показателів навіть через 2 тижні після закінчення лікування у даної групи дітей не відмічено. Застосування пидотимода з перших днів від початку лікування призводило до значущого покращення показателів місцевого імунітету за виключенням

рівня дефензину. Ефект зберігався і через 2 тижні після проведеної терапії, що може слугувати підставою для рекомендацій включення даного імуномодулятора до складу комплексної терапії при лікуванні ОХА і, можливо, інших гострих запальних захворювань ВДП, а також розширює уявлення про точках застосування пидотимода в модуляції параметрів місцевого імунітету ВДП.

© Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, А.П. Вахніна, М.Д. Тимченко, 2016

*Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, Т.А. ШИДЛОВСЬКА, А.Ю. ШИДЛОВСЬКИЙ, Н.П. ЗАПОРОЩЕНКО  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ВУШНИЙ ШУМ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ З ПОЧАТКОВОЮ СНП СУДИННОГО ГЕНЕЗУ**

Відомо, що сенсоневральна приглухуватість (СНП) є одним з найбільш поширених захворювань в оториноларингології, чим пояснюється і великий інтерес до її діагностики та лікування. Тому, незважаючи на велику кількість досліджень та публікацій присвячених СНП актуальність її залишається високою. Особливо обтяжливою є СНП, коли вона супроводжується суб'єктивним вушним шумом.

Мета роботи – дати характеристику суб'єктивного вушного шуму по частоті та інтенсивності, а також шляхи його корекції у хворих з початковою СНП судинного генезу.

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 132 хворих з початковою СНП, судинного генезу у віці від 18 до 50 р. Аудиометричне обстеження проводили за загальноприйнятим методом з допомогою аудіометра АС-40 фірми ««Interacoustics»» (Данія) в звукоізолюванні камері, де рівень фонового шуму не перевищував 30 дБ.

За станом слуху на тони в області конвенціонального (0,125-8) кГц та розширеного (9-16) кГц діапазонів частот досліджувані хворі були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи увійшло 42 хворих, у яких слух на тони в області конвенціонального діапазону частот знаходився в межах норми, а в розширеному був порушений.

До 2-ї групи увійшло 90 хворих з порушеним слухом на тони не тільки в розширеному, але і конвенціональному діапазоні частот, часто з 2-3 кГц.

Аналізуючи скарги на вушний шум по інтенсивності у хворих з СНП судинного генезу на ранніх стадіях її розвитку, виявлено наступне. Із 42 хворих 1-ї групи, де порушення слуху на тони мало місце лише в області розширеного

(9-16 кГц) діапазону частот при нормальному сприйнятті їх в конвенціональному (0,125-8 кГц), вушний шум турбував пацієнтів у 64,3% випадків, тобто, більшу половину із обстежених. У хворих 2-ї групи (90 осіб) вушний шум турбував 52,2% хворих, тобто в меншій кількості.

При аналізі даних по інтенсивності вушного шуму, виявлено, що найчастіше хворих 1-ї групи турбував пороговий шум (40,7%), значно менше (29,6%) він мав у них інтенсивність 5 дБ над суб'єктивним порогом. У 18,5% випадків вушний шум мав інтенсивність 10 дБ над порогом, а у 11,1% - 15 дБ.

Однак на порушення слуху скаржилися лише 16,7% хворих 1-ї групи. В той же час в усіх хворих 1-ї групи, які скаржились на суб'єктивний вушний шум, порушення слуху на тони в області 14 і 16 кГц складало 38,2±4,3 та 41,4±3,9 дБ, при нормальних показниках слуху на тони в області конвенціонального (0,125-8 кГц) діапазону частот.

Отже, хворим із скаргами на вушний шум також доцільно проводити дослідження слухової функції в розширеному (9-16 кГц) діапазоні частот, для виявлення слухових порушень в ранньому періоді, хоча такі хворі часто не мають скарг на порушення слуху.

Таких хворих доцільно віднести до групи «ризик» і своєчасно проводити їм лікувально-профілактичні засоби, попереджуючи тим самим прогресування СНП.

Аналізуючи вушний шум у хворих з початковою СНП судинного генезу за частотною характеристикою виявлено наступне.

В 1-й групі, де порушення слуху мало місце лише в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот, найчастіше (22,2%) частота шуму була 8 кГц.

Г.С. Хайдарова (2010) відмічає, що у більшості випадків спектр вушного шуму відповідає високим частотам, що узгоджується і з нашими даними. Однак автор не дала характеристики вушного шуму у хворих, де порушення слуху стосувалося лише розширеного (9-16) кГц, тобто в найбільш ранній період.

Дещо в меншій кількості (18,5%) вушний шум був 6 кГц, у 14,8% - 2 кГц та по 11,1% - 1 та 4 кГц. У незначній кількості (3,7%) висували хворі 1 групи скарги на шум - 0,125 і 0,250 кГц та 12 кГц.

Хворі 2 групи найчастіше (25,5%) теж скарги на шум у вухах тоном 8 кГц, 19,1% - тоном 6 кГц, 14,9% і 4 кГц, по 8,5% - тонами 3 і 12 кГц, 6,4% - тонами 0,5 і 2 кГц. У 4,3% випадків хворі 2 групи мали вушний шум тоном 16 кГц.

Пролікувавши 75 хворих з вушним шумом, які мають початкову СНП судинного генезу, призначеного з урахуванням даних як суб'єктивної, в тому числі і в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот, так і об'єктивної аудіометрії (КСВП і ДСВП) у співвідношенні з показниками електроенцефалографії (ЕЕГ) і реоенцефалографії (РЕГ), а також враховуючи схильність артеріального тиску до його підвищення чи зниження, виявлено наступне.

Після проведеного лікування вушний шум зник повністю у 66,7% хворих 1-ї групи. У решти хворих 1-ї групи шум зменшився (25,9%), у 3,7% - змінилася частота вушного шуму, а у 3,7% пацієнтів шум залишився без змін.

З 48 хворих 2-ї групи, де мало місце порушення слуху і в області конвенціонального (0,125-8 кГц) діапазону частот, часто починаючи з 2-3 кГц та у розширеному (9-16 кГц), суб'єкти-

вний вушний шум зник у 52,1% хворих, тобто на 14,6% у меншій кількості, ніж у 1-й групі. У частини хворих 2-ї групи шум зменшувався (27,1%), у 8,3% змінилася його частота, а у (12,5%) - залишився без змін.

Отже, у більшості досліджуваних хворих запропоновані нами шляхи лікування хворих були ефективними. Лише у 12,5% хворих 2-ї групи та у 3,7% 1-ї групи шум залишився без змін.

Проведені дослідження показали, що, чим на більш ранніх стадіях розпочате лікування хворих з початковою СНП судинного генезу з наявністю вушного шуму тим кращі результати можна отримати після лікування.

Зауважимо також, що зникнення або зменшення інтенсивності шуму у вухах відбувається паралельно із покращенням слухової функції.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про те, що доцільно якомога раніше звертати увагу на наявність вушного шуму у хворих з початковою СНП судинного генезу і проводити дослідження слуху не лише в конвенціональному (0,125-8 кГц), але і розширеному (9-16 кГц) діапазоні частот, а також шумометрію по його інтенсивності та частотній характеристиці. Доцільним також є детальне обстеження стану слухової функції не тільки за даними суб'єктивної, але і об'єктивної аудіометрії та, обов'язково, у співвідношенні з даними про стан мозкового кровообігу і ЦНС відповідно за даними РЕГ та ЕЕГ, а також враховувати отримані дані при проведенні лікування. До того ж, особливу увагу слід звертати на артеріальний тиск хворих, зважаючи при цьому на його схильність до підвищення чи зниження.

© Д.І. Заболотний, Т.А. Шидловська, А.Ю. Шидловський, Н.П. Запорощенко, 2016

*А.В. ЗАЙЦЕВ, В.В. БЕРЕЗНЮК (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)*

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРАЦИЕЙ УЛИТКИ**

Одной из причин приобретенной нейросенсорной потери слуха является бактериальный гнойный менингит. У 80 % таких пациентов тугоухость сопровождается оксификацией структур внутреннего уха, причем у большинства она носит двухсторонний характер.

Сегодня в Украине проживает более тысячи пользователей систем кохлеарной имплантации (КИ). В ЛОР-клинике Днепропетровской медицинской академии с 2006 года было про-

оперировано 137 пациентов. Среди них был один ребенок (5 лет) и двое взрослых пациентов с облитерацией улитки после менингита. Использовались импланты фирмы MedEl с двойным Split-электродом (3 уха) и Compressed-электрод (1 ухо). Доступ к улитке выполнялся посредством антростомастотомии и задней тимпанотомии.

Наибольшие трудности в реабилитации мы отметили у пациентов со Split-электродом. У

ребенка и взрослого (32 лет) в течение первых двух лет после КИ увеличивалось электрическое сопротивление электродов (до 16-21 kOhm), что требовало регулярной коррекции настроек. Через 2 года процесс стабилизировался, однако для адекватных слуховых ощущений мы увеличили длительность стимулов до 70µs (стандартно 26 µs) и уменьшили значения максимально-комфортной громкости (Most comfortable level).

Еще у одной взрослой пациентки (18 лет) в течение первого года сопротивление на всех электродах было в пределах нормы (до 10,6 kOhm), однако трудности возникали в связи с дискомфортом уже при минимальной стимуляции. Вначале неприятные ощущения при настройке возникали на 10-12, затем на 4-5 каналах. В последствии через пять лет после опера-

ции, у этой пациентки были отключены каналы с 3 по 5 и с 9 по 12. По нашему мнению, указанные проблемы возникали из-за разрастания соединительной ткани в просвете улитки или наличия тяжелой атрофии слухового нерва. В связи с этим ей была выполнена КИ на втором ухе с использованием Compressed-электрода. В течение последующих двух лет электрическое сопротивление на этом электроде находится в пределах нормы, при стимуляции всех 12 каналов возникают комфортные слуховые ощущения.

Таким образом, реабилитация пациентов, перенесших менингит, имеет определенные трудности, что требует постоянного динамического наблюдения и индивидуального подхода к каждому пациенту.

© А.В. Зайцев, В.В. Березнюк, 2016

*В.С. ЗАЙЦЕВ, Т.Г. ШУЛЬГИНА (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)*

### **ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ БЕРЕМЕННЫХ: ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ**

Самым частым проявлением ЛОР патологии в период беременности является вазомоторный ринит (ВР). К нему могут быть отнесены случаи, когда нарушение носового дыхания сохраняется не менее 6 недель в период гестации и не более 2-х недель после родов (E. Ellegard, 2000), или симптомы назальной обструкции и ринорея в течение двух месяцев беременности, которые исчезают после родов (S. Shushan et al., 2006). Принято считать, что основной причиной развития вазомоторного ринита беременных (ВРБ) является гормональная перестройка в организме будущей матери – так называемый «гормональный всплеск». Высокий уровень эстрогенов в период гестации ингибирует ацетилхолинэстеразу, повышая уровень ацетилхолина в крови, что проявляется отеком слизистой оболочки носа. Другим механизмом развития ВРБ может быть застой (повышенное кровенаполнение) в сосудах слизистой оболочки носа из-за увеличения объема циркулирующей крови.

Ухудшение носового дыхания приводит к гипоксии организма матери, вследствие чего плод формируется в условиях хронического дефицита кислорода, что может приводить к внутриутробной задержке его развития, а в тяжелых случаях – к угрозе прерывания беременности. Наряду с этим, вследствие затруднения носово-

го дыхания возможны нарушения в психоэмоциональном состоянии беременной, могут возникнуть вторичные изменения вкуса и обоняния. Вследствие синдрома назальной обструкции нарушается сон, появляется ринхопатия, которая является предрасполагающим фактором в развитии артериальной гипертензии. Все перечисленные симптомы вызывают у женщин в период гестации массу неприятных ощущений, что значительно снижает их качество жизни (КЖ). Сегодня во всем мире КЖ, связанное со здоровьем, рассматривается как самостоятельный и объективный интегральный показатель. Оценка КЖ основывается, в первую очередь, на мнении самого пациента, его субъективном восприятии. Наряду с клинико-лабораторными данными КЖ является одним из важнейших параметров эффективности и переносимости проводимого лечения. С учетом изложенного актуальность рассматриваемой проблемы не вызывает сомнения.

Целью нашей работы явилась оценка качества жизни у женщин в период гестации, страдающих ВРБ. Мы пытались установить, отличается ли КЖ у беременных женщин с наличием симптомов ВР и при их отсутствии. Исследование проведено амбулаторно в условиях ЛОР-кабинета и Центра здоровья женщины МЦ «Кли-

ника семейной медицины» с акцентом на параметры качества жизни беременных. В основную группу включено 17 женщин с симптомами назальной обструкции, которых до наступления у них беременности не отмечалось. Включение в исследование было согласовано с каждой беременной на условиях анонимности. Критериями исключения служили аллергические риниты, хронические риносинуситы в анамнезе беременных, выявление у них значительных анатомических деформаций внутриносовых структур. В исследование также не включались женщины, ранее длительно применявшие топические деконгестанты, поскольку фактор наличия медикаментозного ринита мог исказить истинную картину нарушения носового дыхания. Возраст беременных варьировал от 21 года до 36 лет, средний возрастной показатель составлял  $26,4 \pm 1,9$  года. Женщин с первой беременностью было 7 (41,2%), повторнородящих – 10 (58,8%). Распределение беременных по срокам гестации было следующим: I триместр – 5 (29,4%), II – 8 (47,1), III – 4 (23,5%). Контрольную группу составили 15 беременных без каких-либо назальных симптомов, возраст и сроки гестации которых были близки к таковым в основной группе.

При проведении исследования мы использовали упрощенный вариант анкеты M.S. Beninger (1997), модифицированной А.С. Лопатиным и В.С. Козловым (2002) для оценки качества жизни ринологического больного. Женщинам предлагалось ответить на 10 вопросов, отражающих их функциональное, эмоциональное и физическое состояние. Каждый вопрос имел три варианта ответа, оцениваемых в баллах от 1 до 5 – (1, 3, 5), где низший балл соответствовал минимальной, а высший – максимальной выраженности симптомов. С учетом заданных оценочных параметров общее количество баллов по каждой беременной могло колебаться в пределах от 1 до 50. Суммируя баллы по всем выявленным симптомам мы устанавливали интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) по каждой пациентке. Проведению анкетирования предшествовало стандартное отоларингологическое обследование беременных, по результатам которого они включались в основную или контрольную группу. При объективном исследовании у нескольких беременных: 3 (17,6%) в основной и 2 (13,3%) – в контрольной группах были выявлены признаки физиологической акромегалии, проявлявшейся увеличением размера носа и губ.

Оценка данных анкетирования показала, что диапазон ИПКЖ у беременных основной

группы колебался от 29 до 43 баллов, что указывало на тяжелую степень влияния назальных симптомов на КЖ обследуемых. Все пациентки отмечали носовую обструкцию различной степени выраженности, которая прогрессировала с увеличением срока беременности. Максимальную степень этого показателя отмечали 9 (52,9%) беременных, которые испытывали постоянное затруднение носового дыхания на протяжении суток. При этом 4 женщины из числа повторнородящих отмечали этот симптом и при предыдущей беременности. У 2 (11,8%) беременных этой группы отмечено нарушение обоняния в виде гипосмии. Ведущими симптомами в психоэмоциональной сфере беременных основной группы являлись ухудшение общего самочувствия, повышенная эмоциональная лабильность, снижение настроения, нарушение сна. У беременных без симптомов назальной обструкции (контрольная группа) ИПКЖ варьировал от 3 до 16 баллов, что свидетельствовало о более высоком уровне их КЖ.

Полученные по итогам анкетирования данные использовались нами для объективизации клинических симптомов ВРБ и учитывались при выборе лечебной тактики, поскольку беременность предполагала ограничение в применяемых методах лечения. Сложность их была связана с тем, что к безопасности назначаемых препаратов предъявлялись повышенные требования. Назальные деконгестанты рекомендовались нами в исключительных случаях коротким курсом при сопоставлении риска и пользы от их применения, особенно в первом триместре беременности, когда происходит органогенез. С целью уменьшения назальной обструкции мы рекомендовали такие процедуры, как возвышенный головной конец кровати, лёгкие физические упражнения, промывания носа изотоническими солевыми спреями и растворами, массаж биологически активных точек на лице.

Проведенные нами исследования показали, что вазомоторный ринит беременных значительно снижает качество жизни женщин в период гестации, влияя на все сферы их жизнедеятельности: физические, психоэмоциональные, социальные. Учитывая краткосрочный и преходящий характер заболевания лечение его должно проводиться под наблюдением отоларинголога и, по возможности, ограничиваться только назначением неинвазивных процедур и манипуляций, не причиняющих дополнительного вреда организму матери и её будущему ребенку.

## РАЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Аллергический ринит (АР) представляет собой иммуноглобулин-Е (IgE)-зависимое воспаление слизистой оболочки полости носа, вызываемое различными аллергенами и характеризующееся комплексом симптомов, наиболее частыми из которых являются ринорея, зуд в носу, чихание, нарушение носового дыхания и обоняния.

Так, за последние 30 лет в течение каждого десятилетия заболеваемость в экономически развитых странах увеличивалась на 100%, что позволило назвать ее эпидемической.

Однако считается, что официальные данные о заболеваемости, основанные на обращаемости пациентов, не отражают истинной распространенности АР, поскольку не учитывают количество больных, не обращающихся за медицинской помощью, и лиц, которым был поставлен неправильный диагноз.

До недавнего времени АР делили на две основные формы: сезонный, обусловленный сенсibilизацией к аллергенам пыльцы растений, и круглогодичный – реакцию на бытовые аллергены. В 2001 г. усилиями экспертной комиссии ВОЗ был основан международный, регулярно обновляющийся согласительный документ под названием ARIA, в котором обобщен мировой опыт лечения пациентов АР и пересмотрена его классификация. Согласно новой классификации, при АР учитывают длительность симптомов и показатели качества жизни пациента, на основании чего выделяют интермиттирующий и персистирующий АР. При интермиттирующем АР проявления аллергии отмечаются менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году, а при персистирующем АР – больше 4 дней в неделю или больше 4 недель в году. Также на основании выраженности симптомов и степени ухудшения качества жизни выделяют легкую степень, средне-тяжелый и тяжелый АР.

С точки зрения этиологии АР развивается при контакте слизистой оболочки дыхательных путей с различными аллергенами, чаще – передающимися воздушным путем (пыльца растений, клещи домашней пыли, слюна и перхоть животных, плесневые грибы). На первом этапе этого контакта происходит сенсibilизация организма, а при повторном попадании на сенсibilизированную слизистую оболочку развивается IgE-зависимая аллергическая реакция, в результате которой возникает острая, а чаще – хроническая воспалительная инфильтрация разной степени выраженности как следствие взаи-

модействия триггеров аллергии и продолжающейся воспалительной реакции.

Перечисленные сложные патофизиологические процессы затрудняют проведение рациональной терапии, в рамках которой выделяют профилактику и лечение заболевания.

Профилактика АР складывается из первичной, которую проводят в первую очередь у детей из группы риска (с отягощенной наследственностью по атопическим заболеваниям); вторичной, направленной на предотвращение манифестации АР у сенсibilизированных пациентов; третичной, целью которой является предупреждение тяжелого течения АР. Перечисленные профилактические мероприятия могут дополняться лекарственной терапией, в рамках которой уменьшение частоты и продолжительности обострений достигается с помощью наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств.

Добавление к терапии интраназальными ГКС антигистаминных препаратов оправдано при среднетяжелом и тяжелом течении АР, что связано с отсроченным эффектом ГКС при необходимости быстрого купирования симптомов. Наиболее рациональной комбинацией в этом случае представляется сочетание интраназального ГКС и местного антигистаминного препарата. Одним из таких препаратов является Гленспрей с Азеластином, представляющий собой назальный дозированный спрей, в состав которого входит фиксированная комбинация азеластина гидрохлорида 140 мкг и мометазона фуората 50 мкг.

Этот назальный спрей – первый и пока единственный в Украине из подобных препаратов. В нем соединены два лучших представителя своих классов, отличающиеся по механизму действия, который позволяет воздействовать на патогенез АР и эффективно купировать мучительные симптомы заболевания.

Преимущества Гленспрея с Азеластином можно рассматривать с точки зрения преимуществ компонентов, входящих в состав препарата: мометазона фуората – перед другими интраназальными кортикостероидами, а азеластина гидрохлорида – перед пероральными антигистаминными средствами.

Кроме того, как на неоспоримое преимущество следует указать на повышение приверженности пациента лечению при применении одного комбинированного препарата в место нескольких применяемых отдельно.

Таким образом, учитывая полученные нами результаты проведенных исследований 30 больных с различными формами аллергического ринита и сопоставляя их с международными

клиническими рекомендациями, можно рекомендовать применение препарата Гленспрей с Азеластином в клинической практике у пациентов с АР среднетяжелого и тяжелого течения.

© С.Б. Безшапочный, 2016

*Т.Ю. ЗАПОРОЖЕЦЬ, І.В. ЛОСКУТОВА (РУБІЖНЕ, УКРАЇНА)*

### **ПОРУШЕННЯ ІНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗУ ПРИ ЕКСУДАТИВНОМУ СЕРЕДНЬОМУ ОТИТІ**

Екссудативний середній отит (ЕСО) – це захворювання, для якого є характерним накопичення екссудату в порожнині середнього вуха на тлі асептичного запалення з наявністю кондуктивної приглухуватості. Імунна відповідь при запальному процесі середнього вуха розвивається в сукупності з функціонуванням неспецифічних механізмів тканинної резистентності, що накладає відбиток на реакції як місцевого імунітету, так і формування системної імунної відповіді.

Метою роботи було вивчення системи інтерферонів у хворих на екссудативний середній отит в різні форми перебігу захворювання.

Обстежено 83 хворих на ЕСО віком від 23 до 50 років, з яких було 39 (47%) жінок та 44 (53%) чоловіків. Всі хворі за формою запального процесу у середньому були розподілені на групи: катаральна – 39 пацієнтів, секреторна – 27 хворих і мукозна – 17 хворих.

Поряд із загальноприйнятим лабораторним обстеженням у хворих на ЕСО проводили вивчення інтерференового статусу мікрометодом та оцінювали за такими параметрами: активність сироваткового ІФН у відповідь на індукцію фітогемаглютиніном (ФГА) та концентрацію  $\alpha$ -ІФН та  $\gamma$ -ІФН. Активність ІФН виражали у міжнародних одиницях на 1 мл (МО/мл).

Аналіз отриманих результатів лабораторного дослідження показав зростання активності ІФН у сироватці крові у більшості обстежених хворих. Причому кратність підвищення СІФ залежала від форми хвороби. В гострий період захворювання у 63 пацієнтів (75,9%) спостерігалось зростання активності СІФ, у 6 хворих (24,1%) – його зменшення і у решти – не виходив за межі норми. Причому збільшення активності системи інтерферонів (СІФ) відмічалася у

всіх хворих із катаральною, у більшості хворих (18 осіб – 66,7%) із секреторною і у 6 пацієнтів (35,3%) із мукозною формою хвороби. Необхідно відмітити, що зменшення активності ІФН у крові відмічалось в 23,5% із мукозною та в 7,4% випадках із секреторною формами ЕСО.

В групі хворих на катаральну форму ЕСО рівень СІФ складав у середньому  $6,3 \pm 0,3$  МО/мл, тобто зростав у 2,52 рази відносно норми (при нормі  $2,5 \pm 0,2$  МО/мл;  $P < 0,05$ ), при секреторній –  $8,4 \pm 0,6$  МО/мл, що було в 3,36 рази вище норми ( $P < 0,05$ ). При більш тяжкій формі хвороби (мукозній) кратність зростання активності ІФН у крові дорівнювала 2,32 рази ( $P < 0,05$ ).

Було проведено дослідження концентрації  $\alpha$ - і  $\gamma$ -ІФН у сироватці крові хворих із запальним процесом у середньому вусі. При катаральній формі хвороби рівень  $\alpha$ -ІФН у крові складав у середньому  $32,2 \pm 1,1$  пг/мл ( $P < 0,05$ ), що було в 1,44 рази вище норми. Водночас при секреторній формі ЕСО вміст цього цитокіну у крові дорівнював  $16,1 \pm 0,3$  пг/мл (при нормі  $22,4 \pm 0,4$  пг/мл;  $P < 0,05$ ), а при мукозній –  $11,7 \pm 0,2$  пг/мл ( $P < 0,01$ ), тобто в 1,39 та 1,91 рази нижче норми відповідно. Концентрація сироваткового  $\gamma$ -ІФН у хворих із катаральною формою ЕСО була зниженою в 1,21 рази (при нормі  $40,8 \pm 0,7$  пг/мл;  $P < 0,05$ ), у пацієнтів з секреторною формою – в 1,69 рази ( $P < 0,05$ ), а при мукозній формі хвороби – в 3,21 рази ( $P < 0,01$ ). Отже, значне пригнічення інтерференогенезу мало місце у хворих з наявністю більш тривалим перебігом ЕСО – секреторною та мукозною формами.

Таким чином, у хворих на ЕСО у гострому періоді хвороби відбувалося підвищення активності СІФ, при чому рівень її зростання чітко відповідав формі хвороби.

© Т.Ю. Запорожець, І.В. Лоскутова, 2016

## **ВЕРТИКАЛЬНЫЕ СУБТОТАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СРЕДИННОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ**

Злокачественные новообразования гортани по-прежнему остаются наиболее распространенной ЛОР-онкологической патологией. Хирургические вмешательства различного объема и направленности являются основным этапом в комплексном лечении рака гортани. Современные подходы в лечении онкологических заболеваний предполагают использование щадящих органо-сберегающих и органо-восстанавливающих операций. При этом основным требованием является радикальное удаление опухоли с соблюдением принципов абластики. Вместе с тем, стремление ЛОР-онколога к максимальному сохранению функции оперированного органа ограничено размерами и распространенностью опухоли, которые в конечном итоге определяют объем удаляемых тканей. Хирургу необходимо выбирать оптимальный вариант вмешательства, одновременно отвечающему принципам абластики и функциональной эффективности.

Срединная локализация опухоли в передних отделах гортани, даже при значительном ее распространении на обе голосовые складки позволяет выполнить субтотальную резекцию с удалением большого массива внутренних мышц гортани и значительных фрагментов щитовидного хряща. Данный подход предполагает формирование ларингостомы, при необходимости выполняются вмешательства на путях метастазирования. В последующем пациенту проводится лучевое лечение и по показаниям – химиотерапия. Данный этап хирургического лечения завершается пластикой дефекта гортани (ларингостомы) местными тканями либо с использованием трансплантатов. Это позволяет в большинстве случаев восстановить целостность дыхательного тракта и основных функций гортани. В остальных случаях (при удалении обширных фрагментов щитовидного хряща с подлежащими тканями) восстанавливаются разделительная и фонакторная функции при наличии трахеостомы.

© В.В. Кизим, В.В. Толчинский, 2016

### **Материалы и методы.**

В 2011-2015 гг. под нашим наблюдением находилось 76 больных раком гортани срединной локализации T2-T3, у которых опухоль занимала преимущественно передние отделы. По данным дополнительного обследования у 45 больных опухоль прорастала во внутреннюю надхрящницу и была интимно связана с передними отделами щитовидного хряща. В этих случаях после удаления новообразования с подлежащим фрагментом щитовидного хряща формировалась ларингостома. В послеоперационном периоде проводилось лучевое лечение и, по показаниям – химиотерапия. Пластика ларингостомы производилась спустя 2-3 мес по окончании лучевой терапии.

### **Результаты и обсуждение.**

У 42 больных была выполнена пластика ларингостомы и восстановлена целостность дыхательного тракта и сохранены основные функции гортани. У 3 больных из-за большого дефицита тканей гортани была сформирована ларинготрахеостома, при этом разделительная и голосовая функции были сохранены.

Таким образом, функционирование оперированной гортани возможно при сохранении определенных анатомических образований (черпаловидные хрящи и надгортанник), так называемых «критических структур», позволяющих обеспечить, в первую очередь разделительную функцию.

### **Выводы.**

Выполнение субтотальной резекции гортани с формированием ларингостомы позволяет закрыть дефект хряща гортани, более эффективно проводить лучевую терапию и контролировать состояние оперированного органа.

У большинства пациентов, оперированных по данной методике, удается в последующем восстановить целостность дыхательного тракта и все функции оперированной гортани.



## ЦИТОЛОГІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НОСА З УРАХУВАННЯМ СУЧАСНОЇ ЦИТОЛОГІЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ РИНІТІВ

Впродовж десяти років ми користуємося цитологічним методом діагностики хвороб носа та приносових пазух. Дослідження проводяться у відділі лабораторної діагностики Львівського обласного клінічного діагностичного центру. Мазки слизу фіксуються і забарвлюються за Романовським-Гімза в автоматичному режимі та досліджуються під малим (первинна орієнтація), а згодом – під імерсійним збільшенням. На підставі цих досліджень можемо зробити такі висновки. В носовому секреті здебільшого можна виявити всі зрілі клітини крові, клітини мезенхімального походження, а також клітини епітелію.

**Нейтрофільні лейкоцити, виявлені** в значній кількості є неодмінними супутниками запально-інфекційних процесів в носі та в приносових пазухах (гнійний синусит), вони переважають також при хронічному простому риніті, який, за сучасними даними, відповідає неалергічному ринітові з нейтрофілією (NARNE). Нейтрофільні лейкоцити можуть супроводити еозинофілі, які, при інфекційних процесах, виступають в незначній кількості препараті, здебільшого співвідношенні відповідно 10:1.

**Еозинофільні лейкоцити** переважають в цитологічних препаратах при алергічних процесах (цілорічний алергічний риніт) та еозинофільному поліпозі носа і приносових пазух. Їх збільшення може бути характерним також для гострих інфекційних процесів, проте – лише в перші дні хвороби. Вважається, що збільшення кількості еозинофілів в носовому секреті понад 10% характерне для алергії. При алергічному риніті відсоток еозинофілів часто перевищує 50%, а при еозинофільному поліпозі може сягати 100%. В наш час виділено форми хронічних нежитів, щодо яких алергічне походження не доказане. зокрема – неалергічний еозинофільний риніт – NARES та його різновид з еозинофілією крові – BENARS. В працях останніх років виділяють ще й інші форми неалергічного риніту, а саме неалергічний нейтрофільний риніт – non-allergic rhinitis with neutrophils (NARNE), - неалергічний мастоцитарний риніт – non-allergic rhinitis with mast cells (NARMA), неалергічний еозинофільно-мастоцитарний риніт – non-allergic rhinitis with eosinophils and mast cells (NARESMA). В процесі лікування антигістамінними ліками та топічними кортикостероїдами

форм NARES та BENARS еозинофілія носового слизу зменшується навіть на третину вихідного рівня. Всі інші форми неалергічного риніту і, зокрема, NARESMA часто ускладнюються астмою та рецидивними отитами.

**Нейровегетативний та медикаментозний риніт** характеризується наявністю в препараті до 20% нейтрофільних лейкоцитів та 0-5% еозинофілів, поодиноких клітин епітелію та помірної кількості слизу.

**Дистрофічному (субатрофічному, атрофічному) ринітові з перфорацією переділки носа** властива відсутність будь-яких лейкоцитів в препараті, визначаються лише епітеліальні клітини та поодинокі еритроцити.

**Мастоцити та келихуваті клітини** можуть бути присутніми в цитологічних препаратах-відбитках слизової оболонки при алергічному риніті. , проте в носовому слизі вони здебільшого відсутні. Їхня форма часто неоднакова, констатуються грубі метахроматичні гранули.

В сумнівних випадках, коли еозинофілія носового слизу не є переконливою, доцільно використати діагностичні можливості незаслужено забутого тесту Staffieri, запропонованого ще 1956 року.

Після звичайного цитологічного дослідження до переднього кінця нижньої носової раковини на 15 – 20 хвилин аплікують ватний тампон, просочений 0,1% розчином гістаміну. Після цього визначають відсоток еозинофілів серед лейкоцитів безпосередньо по видаленні тампона, через 2, 12 і 24 години після аплікації. Якщо еозинофілія не зросла, або зросла менше, ніж на 5%, патологічний процес в носі не є алергічним.

**При простому риніті** в препараті з'являються дегенеровані клітини миготливого епітелію з грубими гранулами в цитоплазмі, але із збереженими війками, поодинокі еозинофілі.

**Для бактеріальних інфекцій** і другої стадії банального риніту, а також для синуситів, типовими клітинами є нейтрофіли, подекуди – лімфоцити та моноцити, бактерії.

Патологічною цитограмою вважають таку, в якій нейтрофіли складають понад 50%, еозинофіли – понад 20%, а мастоцити – понад 10%. Слід зазначити, що більшу вартість мають повторні цитологічні дослідження, що їх проводять в динаміці хворобового процесу.

### Цитологічна діагностика в ринології

КЛІТИНИ	ДІАГНОЗ
Еозинофіли – понад 10%	- алергічний риніт, - еозинофільний неалергічний риніт, - еозинофільний поліпоз носа, NARES, BENARS, NARESMA
Лейкоцити, зокрема – нейтрофіли – (переважання в цитограмі)	- бактерійний риніт, - бактерійний синусит, - нейтрофільний поліпоз носа, NARNE
Клітини плоского епітелію – понад 30% в цитограмі	- професійні шкідливості - дистрофічні зміни СОН
Келихоподібні клітини – понад 50% в цитограмі	- алергічний риніт - риніт, пов'язаний з системними хворобами
Базальні клітини – наявність в цитограмі	- відновлення епітелію після пошкодження (вірусна інфекція)
Клітини призматичного епітелію – відсутність в цитограмі	- будь-яка ринологічна патологія
Мастоцити	NARMA, NARESMA

© Ол.Ом. Кіцера, 2016

*ОЛ.ОЛ. КІЦЕРА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

### ДАНІ АУДІОМЕТРІЇ ПРИ СУБ'ЄКТИВНОМУ ВУШНОМУ ШУМІ У ОСІБ З НОРМАЛЬНИМ СЛУХОМ

Вушний шум (ВШ) або tinnitus – патологічні слухові відчуття, що виникають у вусі або в голові. На ВШ скаржиться 17 % населення планети. ВШ є серйозною проблемою, яка часто ускладнює життя та професійну діяльність, спричинює самоізоляцію. Серед причин, що зумовлюють виникнення симптоматики ВШ виділяють різноманітні патологічні стани – судинні порушення, запальні хвороби середнього та внутрішнього вуха, отосклероз, побічна дія медикаментів, травми, метаболічні порушення, пухлини.

**Мета роботи.** Розширене аудіометричне дослідження хворих з ВШ, як єдиною скаргою, для вироблення раціональних підходів діагностики та лікування патологічних станів, що супроводжуються ВШ.

**Матеріал і методи.** На базі аудіологічної лабораторії ЛОР-клініки протягом 2010-2015 рр. проводилось розширене обстеження пацієнтів з нормальним слухом (сприйняття шепітної мови - понад 5 м), які звертались на консультацію з приводу ВШ. Опрацюванню підлягали дані про хворих з шумами у вухах чи у голові, що тривали протягом більш ніж 2 місяці (230 випадків).

Всім хворим, окрім огляду ЛОР-органів та отомікроскопії, проводилась тональна порогова та надпорогова аудіометрія. Хворим з

суб'єктивними шумами проводилась суб'єктивна тінітометрія – суб'єктивне вимірювання аудіологічних характеристик вушного шуму з допомогою пред'явлення шумових та тональних сигналів різної частоти та інтенсивності.

**Результати.** ВШ локалізувались пацієнтами в одному вусі (46,1%), в обох вухах (38,7%), в голові або без чіткої локалізації (15,2%). Слід відзначити, що однобічний ВШ частіше мав місце у лівому вусі (66,1%), при двобічному також ВШ більше відчувався зліва (67,3%)

ВШ характеризувався пацієнтом як дзвін (20,6%), шипіння (12,8%), писк (11,7%), гул проводів (7,2%), шум лісу (6,2%), свист (6,2%), шум радіо чи телевізора (5,8%), шум води (водоспаду) (5,1%), шум моря (3,6%). В деяких випадках ВШ описувався як шум двигуна, вітру, цвірінчання, тріск тощо.

При тональній аудіометрії у 60,2 % хворих відзначено незначне ураження слуху, частіше – кондуктивне (39,7%). Середня величина порогів сприйняття тонів по повітряній провідності ніколи не перевищувала 15 дБ, а здебільшого становила 0-10 дБ (67,8%). У 39,8 % хворих аудіометричні дані свідчили за нормальний стан слухового аналізатора.

Тінітометрія виявила, що найчастіше шум локалізувався в ділянці частот в межах 1000-4000 Гц (83%) і мав відносний поріг у 10-15% (76%). Тимпанограма була здебільшого типу А - 87,2%, в інших випадках реєструвався тип С. Акустичний рефлекс мав нормальні показники у 85,3%, випадків його відсутності при рефлексометрії не було. Однак нормальна функція слухової труби була лише в третині випадків.

Дослідження коротколатентних викликаних слухових потенціалів виявило незначне подовження латентних періодів хвиль III і V, однак в межах фізіологічної норми та деяке зниження амплітуди хвиль на боці ураження. Відзначено появу додаткових хвиль на частотах, що відповідають аудіологічним характеристикам ВШ. Характерно, що зміни СВП були найбільш вираженими при тестуванні тональними сигналами, що відповідали частоті ВШ.

Аналізуючи патогенетичні фактори на підставі згаданих досліджень, ВШ у досліджених осіб визначено, як тимпанальний (у 40,2%),

нейрональний або слимаковий (у 16,6 %) та центральний (у 43,2 %).

#### **Висновки:**

1. Вушний шум є одним із симптомів, інколи – єдиним, багатьох патологічних станів середнього та внутрішнього вуха, судин головного мозку або ЦНС.

2. У більшості хворих з вушним шумом і нормальним слухом аудіометрично відзначено мінімальне (до 15 дБ) кондуктивне або комбіноване зниження слуху, більш виражене на середніх та високих частотах.

3. Підвищення порогів слуху було найбільш вираженим на частотах, що відповідали аудіологічним характеристикам, отриманим при тінітометрії.

4. За патогенетично-клінічними характеристиками вушний шум у осіб з нормальним слухом найчастіше має центральне або тимпанальне походження, тому лікування таких хворих вимагає залучення, окрім отоларингологів, також невропатологів і терапевтів.

© Ол.Ол. Кіцера, 2016

*В.В. КИЩУК, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, І.В. ДМИТРЕНКО, К.А. ЛОБКО, О.Д. БОНДАРЧУК,  
П.А. РАУЦКІС, С.В. СКІЧКО, Я.П. ГРИЦУН, С.О. ШАМРАЙ, В.В. МАКСИМЧУК  
(ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

### **ПРИНЦИП ПАРЕТО У ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ З ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ В УМОВАХ ВИКОНАННЯ «ЗАКОНУ ПРО ВИЩУ ОСВІТУ»**

Підготовка студентів з оториноларингології в умовах виконання Закону України «Про вищу освіту» від 1.07.2014 р. зі змінами від 23.04.2015 р. потребує нових кроків в оптимізації навчального процесу у зв'язку з подальшим скороченням академічних годин практичних занять і клінічних лекцій. В той самий час, згідно «Робочої програми з оториноларингології» обсяг запитань з клінічної анатомії, фізіології ЛОР-органів та перелік захворювань залишається незмінним, а кількість методів обстеження не тільки збільшується, але вони ще й ускладнюються сучасними технологіями.

Тому з метою оптимізації витрат часу для розгляду клінічного матеріалу з оториноларингології для дискусії під час практичних занять і лекцій нами проаналізовано значимість запитань згідно закону АВС В.Парето. Аналіз виконувався в декількох основних напрямках: 1) насамперед, захворювань, які найчастіше зустрічаються на амбулаторному прийомі сімейного лікаря; 2) нозологій, що є особливо небез-

печними або підлягають епідеміологічному контролю; 3) запитань, що складають бази даних ліцензійних іспитів КРОК-2 і КРОК-3.

Шляхом згаданої вище процедури визначено суттєве переважання деяких нозологій у межах клінічних тем, питома вага котрих могла досягати 80-90 % (клас А). Наприклад, у структурі захворювань, що переважають на амбулаторному прийомі сімейного лікаря є запальні захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліфарингіти, риносинусити, отити); серед ургентних станів необхідно оволодіти знаннями і навичками надання невідкладної допомоги при стенозах гортані і носових кровотечах; серед запитань, що переважають у базах даних ліцензійних іспитів КРОК-2 і КРОК-3 з теми «Отогенні внутрішньочерепні ускладнення» більше 90 % відсотків складають запитання стосовно отогенного менінгіту; з теми запальні захворювання глотки – дифтерії і моноцитарної ангіни.

Таким чином, для підвищення ефективності підготовки студентів з оториноларингології в

умовах виконання Закону України «Про вищу освіту» з метою оптимізації витрат часу під час практичних занять і клінічних лекцій доцільно, насамперед, висвітлювати нозології класу А, які виділені процедурою ABC В.Парето. Серед захворювань, що найчастіше зустрічаються на амбулаторному прийомі сімейного лікаря; що відносяться до станів, які вимагають надання

ургентної допомоги або підлягають епідеміологічному контролю; а також запитань баз даних ліцензійних іспитів КРОК-2 і КРОК-3.

Вказаний принцип використовується нами для підготовки студентів під час практичних занять і клінічних лекцій з оториноларингології, а також для підготовки до ліцензійних іспитів КРОК-2 і КРОК-3.

© В.В. Кіщук, А.І. Барціховський, І.В. Дмитренко, К.А. Лобко, О.Д. Бондарчук, П.А. Рауцкіс, С.В. Скічко, Я.П. Грицун, С.О. Шамрай, В.В. Максимчук, 2016

*В.В. КИЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, О.Д. БОНДАРЧУК,  
К.А. ЛОБКО, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

### **ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ МІДІ В КОМПЛЕКСНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ**

Склерома – важке хронічне інфекційне захворювання людини із специфічним враженням слизової оболонки дихальних шляхів та неспецифічним всіх органів та систем організму в цілому. Збудником склероми є паличка Фріша-Волковича, що відноситься до клебсієльозних інфекцій. Етіопатогенетично склерома схожа на озену, при якій спостерігається значне зниження заліза в організмі цих хворих. З літератури відомо, що при склеромі порушені процеси тканинного дихання (Степаненко Н.П., 1963), газообміну (Дерепа К.П., 1966), пригнічується функція кровотворного апарату (Бариляк Р.О., Сачелашвілі Н.А., 1967). Вказані зміни, на думку приведених авторів, пояснюються хронічною інтоксикацією і кисневим голодуванням організму.

Одним з найважливіших і біологічно активних хімічних елементів в організмі людини являється мідь, що входить в структуру деяких ферментів, пігментів, гормонів, що беруть участь в процесах дихання і проявляють позитивний вплив на гемопоез (Бабаєв Ш.В., Прієв М.Г., 1967)

Вивчення обміну міді у хворих на склерому представляє собою інтерес з точки зору розширення уявлень про патогенез захворювання і розробки нових методів патогенетичної терапії хвороби.

В літературі приводять суперечливі дані відносно вмісту міді в крові хворих на склерому (Бабенко Г.А. зі співав., 1963; Мякинникова М.В., 1967). Враховуючи ці дані нам представляється доцільним дослідити динаміку вмісту міді у хворих на склерому при застосуванні в

лікуванні сполук що містять мідь, які знаходились на лікуванні та спостереженні в Республіканському склеромному центрі, що розташований на базі ЛОР-клініки Вінницької обласної лікарні. Поруч з визначенням міді в крові до і після комплексного лікування, для більш глибокого аналізу про характер змін у вмісті міді в організмі, визначалась активність ферменту (церулоплазміну), що вміщує в собі мідь. Фармація доволі багата на препарати що містять мідь, але в нашому дослідженні було вирішено у комплексне лікування хворих на склерому ввести 1% сульфат міді, який давно застосовується в терапевтичній практиці для лікування анемії, імунodefіцитних станів та ін.

Мідь визначалася за спектральним аналізом, церулоплазмін – за методикою Г.А. Бабенко (1963).

Всього обстежено 47 хворих (19 чоловіків і 28 жінок) у віці від 18 до 65 років. Контролем слугували 20 практично здорових людей. Активність церулоплазміну визначалась у 10 осіб – донорів станції переливання крові.

Показники міді вираховані в мг% на золу, активність церулоплазміну – в умовних одиницях. У осіб контрольної групи вміст міді в крові в середньому дорівнював  $11.5 \pm 0.45$  мг%, активність церулоплазміну  $27,1 \pm 0,66$  умовних одиниць (у.о.).

Вміст міді у крові хворих на склерому при поступленні їх в клініку був значно знижений, і в середньому дорівнював  $7,35 \pm 0,35$  мг%, активність церулоплазміну –  $13,17 \pm 0,07$  у.о.

Після проведеного комплексного лікування із застосуванням 1% сульфату міді по 15

крапель 3 р/д per os протягом 14 діб, вміст міді в крові збільшувався в середньому на 2,30 мг%, активність церулоплазміну по суті не змінювалась, і дорівнювала в середньому  $13,25 \pm 0,09$  у.о.

Таким чином, в організмі хворих на склерому має місце значне зниження вмісту міді, що

підтверджується паралельним зниженням церулоплазміну. Ці дані дають можливість обґрунтованого застосування мікродоз міді в комплексному лікуванні хворих на склерому та спонукають до пошуку нових патогенетичних засобів терапії даної категорії хворих.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховській, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, Я.П. Грицун, 2016

*В.В. КИЩУК, Я.П. ГРИЦУН, І.В. ДМИТРЕНКО, О.Д. БОНДАРЧУК,  
К.А. ЛОБКО, А.І. БАРЦИХОВСЬКИЙ (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

### **НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ФЛЮТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СКЛЕРОМИ**

Склерома – важке хронічне інфекційне захворювання людини з специфічним враженням слизової оболонки дихальних шляхів і неспецифічним – внутрішніх органів і систем організму, які знижують працездатність хворих і нерідко призводять до інвалідності (Дмитренко І.В., 2010). Хронічний бронхіт та емфізема легень, різної ступені вираженості, - звичайні супутники склероми, зустрічаються від 55 до 57% хворих (Дерепа К.П., 1966). Інші зміни органів дихання, як ателектаз легеневої тканини (28,2% хворих), бронхоектазії (14,1%), пневмонія, плеврит зустрічаються значно рідше і в запущених стадіях патологічного процесу.

Гістологічне дослідження органів дихання вказують на те, що по мірі розгалуження бронхіального дерева специфічне запалення в бронхах поступово змінюється неспецифічними гострими або хронічними процесами. Враження бронхіального дерева веде у хворих на склерому до порушення бронхіальної прохідності насамперед погіршується дренажна функція бронхів. Деструктивні процеси слизової та стінки бронхів призводять до порушення діяльності миготливого епітелію та перестальтики мускулатури бронхів, що в свою чергу призводить до поглиблення гіпоксії (Дерепа К.П., 1966).

Для лікування хворих на склерому застосовувались різноманітні засоби та методи: медикаментозні, дилатаційні, хірургічні та інші. Проблема лікування склероми повністю не вирішена, хоча в супереч старим поглядам при регулярному лікуванні (1 раз в рік), склерому можна вважати клінічно стабілізованою. Враховуючи патогенез даного захворювання, в основі якого лежить довготривала гіпоксія та інтоксикація організму, і, як результат, відповідні патологічні зміни органів та систем людини,

терапія склероми має бути комплексною етіопатогенетичною і починатись якомога в ранніх стадіях хвороби. Тому приділяється багато уваги розробці та впровадженню нових препаратів та схем лікування.

До базисної схеми лікування склероми додають також інгаляційні глюкокортикостероїди. Їх висока клінічна ефективність та безпечність в значній мірі визначається особливостями їх фармакокінетики. Препарати даної групи володіють досить низькою системною біодоступністю, котра складається з інгаляційної біодоступності та пероральної (визначається кількістю речовини, що потрапила в ШКТ після інгаляцій). Важливу роль в формуванні загальної системної біодоступності інгаляційних глюкокортикостероїдів грає ефект «першого проходження», завдяки якому відбувається інактивація великої частини лікарської речовини і знижується вираженість його системної дії.

Глюкокортикостероїд флютиказону пропіонат у рекомендованих для інгаляції дозах має потужну протизапальну дію на дихальні шляхи. Що має невелику біодоступність, виражений ефект «першого проходження», високою клінічною ефективністю та співвідношення ціна/ефективність.

В схему комплексного лікування входить використання інгаляційного флютиказону пропіонату в дозі 0,5-2 мг двічі на добу протягом 10 днів.

Під нашим спостереженням знаходилося 40 хворих. 20 хворих отримували інгаляційні кортикостероїди – флютиказону пропіонат і 20 хворих – що отримували інгаляції із ротокан та гідрокортизоном.

Виявлено, що терапевтична дія флютиказону пропіонату розвивається вже через 24 годи-

ни після початку лікування у тих хворих, які раніше не використовували інгаляційні стероїди.

#### **Висновки**

1. Максимального покращення стану при лікуванні було досягнуто протягом 4-5 діб від початку лікування флютиказоном. Пацієнти відмічали значне покращення загального стану: зменшення задишки, кашлю, сухості слизових порожнини носа та глотки. При об'єктивному дослідженні: зменшувалась кількість кірок в

порожнині носа та густого в'язкого слизу, відновлювався нюх, зменшувалися в розмірах та ставали більш плоскими інфільтрати як в порожнині носа так і в підскладковому просторі гортані, покращувався тембр голосу та гортанне дихання.

2. Застосування флютиказону пропіонату в комплексному лікуванні хворих на склерому призводить до більш швидкого регресу симптомів, покращення загального стану, якості життя.

© В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.І. Барциховський, 2016

*В.В. КИЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦИХОВСЬКИЙ, О.Д. БОНДАРЧУК,  
К.А. ЛОБКО, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

### **СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕКУРЕТНОГО (ХРОНІЧНОГО) ТОНЗИЛІТУ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

Проблема гострих та хронічних захворювань лімфоглоткового апарату є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині.

Хворі, з патологією лімфоглоткового кільця становлять значну частку амбулаторних пацієнтів, як отоларингологів так і педіатрів та терапевтів. Діагноз захворювання встановлюється у 19-20% випадків серед 20 діагнозів, що найбільш часто встановлюється отоларингологами (за даними Medical Data Management).

**Тезис:** «Визначити мигдалики як «хворі» або «інфіковані» шляхом клінічного огляду не можна».

**Твердження:** під тонзилітом (в значенні діагнозу) потрібно розуміти запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму, а отже, з додатково виникаючою симптоматикою.

**Коментар:** при клінічному огляді можна визначити запальні зміни оточуючих мигдаликів тканин і утворень, які характеризують запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму і сприяють рецидивам захворювання.

**Рекурентний (хронічний) тонзиліт** – запалення піднебінних мигдаликів, яке проявляється пригніченням неспецифічних факторів природної резистентності організму, порушенням гуморальної, клітинної ланок імунітету і супроводжується інфекційно-алергічною інтоксикацією організму з можливим розвитком місцевих і загальних ускладнень.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10): гострий тонзиліт J 03.0, рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт J 35.0.

#### **Рекурентний тонзиліт (J 35.0) МКХ-10:**

- як правило, викликається великою кількістю бактеріальних збудників. Атаки гос-

трого тонзиліту повторюються через деякий час після проведення антибактеріальної терапії. Показом до тонзилектомії є частота і важкість таких епізодів;

- слід розрізняти рецидивуючий тонзиліт;
- викликається тим же збудником, що і попередній епізод тонзиліту. Якщо це БГСГА (Str. pyogenes) – це показання до тонзилектомії.

**Вірогідні ознаки рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту:**

- неприємний запах з рота і / або присмак у роті (халітоз);

- казеозно-гнійні пробки і / або рідкий гній в лакунах мигдалин;

- гіперемія передніх піднебінних дужок (симптом Гізе);

- набряк верхнього кута, утвореного передньою і задньою піднебінними дужками (симптоми Зака і Преображенського);

- рубцеві спайки між мигдалинами і піднебінними дужками;

- збільшені регіональні лімфовузли біля кута нижньої щелепи по передньому краю m. sternocleidomastoideus (валик Корицького).

Немає жодної специфічної ознаки або симптомокомплексу, які були б властиві тільки для рекурентного тонзиліту. І тим більше характеризували функцію піднебінних мигдаликів.

Одним із самих складних завдань в тонзиллярній проблемі є вибір ефективного лікування хворих на рекурентний тонзиліт. В цьому плані самим важливим моментом є стратегічне питання: як лікувати хворого – консервативно чи хірургічно?

Вибір стратегії лікування хворих на рецидивуючий тонзиліт завжди був суб'єктивним і

базувався на даних анамнезу, клінічної картини, його класифікації, наявності супутньої патології і включав деякі лабораторні загально-клінічні тести.

**Сучасні тенденції в лікуванні рекурентного тонзиліту:**

- Максимально ощадливе відношення до мигдаликів, як імунокомпетентного органу.
- Видалення, тільки у випадках доведеної функціональної неспроможності (число епізодів

гострого тонзиліту зафіксованих документально – 5 і більше за останній рік).

**Мета консервативної терапії рецидивуючих тонзилітів:**

1. контроль над захворюванням:
  - Найближчий – максимальне зменшення кількості загострень.
  - Віддалений – після 2 років лікування відсутність загострень на протязі 5 років.
2. покращення якості життя пацієнтів.



Критерієм ефективності консервативного лікування рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту є зменшення кількості епізодів захворювання (гострих тонзилітів).

Тонзилотрен – базисна терапія тонзиліту:

- 80 років світового досвіду та успіху застосування;
- 20 років досвіду та успіху застосування в Україні.

Тонзилотрен – препарат комплексної дії:

- відновлює показники місцевого та системного імунітету;
- протизапальна дія;
- нормалізує дренаж лімфи;
- репаративна дія.

Тонзилотрен має велику доказову базу:

T PMS 01: Becker S. и др. – n = 51

[Острый тонзиллит – успешное лечение комплексным гомеопатическим препаратом.]. (1995)

T PMS 02: – n = 1 368

Баранов А.А. и др. [Альтернативное лечение острых тонзиллитов...] (2000)

Friese K.H. [Тонзилотрен при острых тонзиллитах. Результаты мультицентрового наблюдательного исследования.] (1997)

Moshchich P.S. и др. [Влияние препарата Тонзилотрен на клиническую картину и длительность течения тонзиллитов у детей.] (1997)

Moshchich P.S. [Тонзилотрен – комплексный гомеопатический препарат в лечении острого тонзиллита у детей.] (1998)

T 001: Боковой А. – n = 60

[Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препарата.] (1999)

T 003: Niederle S. – n = 81

[Острый нестрептококковый тонзиллит у детей. Двойное слепое, плацебо-контролируемое...] (2001)

T 004: Friese K.H. и др. – n = 158

[Гомеопатическое лечение тонзиллита не-  
стрептококковой этиологии у детей...] (2006)  
Т 01.2006: Крючко Т.А. и др. – n = 143

[Результаты клинических исследований  
по применению Тонзилотрена у детей с хрони-  
ческими тонзиллитами.] (2010).

Год	Авторы	Дизайн	Диагноз	Количес- тво пациент ов	Источник
1991 – 1992 гг.	Becker S., Kunstmann K.D.	открытое, проспективное, национальное (Германия), многоцентровое (3 медицинских учреждения/кабинета), обсервационное исследование	Оценка эффективности и безопасности препарата Тонзилотрен у пациентов с острым тонзиллитом	51 пациент	Becker S., Kunstmann K.D. Острый тонзиллит – успешное лечение комплексным гомеопатическим препаратом. <i>Ärztzeitschrift für Naturheilverfahren</i> 1995; 36 (5): 372- 377. (German).
1995 – 1996 гг.	Baranow A.A., Moshchich P.S., Friese K.-H., Heger M.	открытое, проспективное, международное (Германия, Украина, Россия), многоцентровое (193 медицинских учреждений/кабинетов) исследование	Альтернативное лечение острого тонзиллита. Результаты открытого международного обсервационного исследования, основанного на оценке исходов	1 368 пациенто в	Baranow A.A., Moshchich P.S., Friese K.-H., Heger M. [Альтернативное лечение острого тонзиллита. Результаты открытого международного обсервационного исследования, основанного на оценке исходов.] <i>Der Kassenarzt</i> 2000; 11: 40-49. [German].
1997 г.	Боковой А	моноцентровое, рандомизированное, контролируемое, пилотное исследование	Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препарата.	60 пациенто в	Боковой А. [Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препара- та.]. <i>Ліки України</i> №2 – лютий 1999; ст. 53-54
1999 г.	Niederle S	многоцентровое, рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое	Острый нестрептококковый тонзиллит у детей. Двойное слепое плацебо- контролируемое исследо- вание подтверждает эффек- тивность и переносимость гомеопати- ческого препарата	81 пациент	Niederle S. [Острый нестрептококковый тонзил- лит у детей. Двойное слепое плацебо- контролируемое исследование эффе- ктивности и переносимости гомеопатической те- рапии]. <i>Der Kassenarzt</i> 2001; 21: 33- 34.

2001 г.	Friese K.H., Zabalotnyi D.I.	многоцентровое, рандомизированное, плацебо- контролируемое, двойное слепое	Гомеопатическое лечение тон- зиллитанестрептококковой э- тиологии у детей	158 пациент ов	1. Friese K.H., Zabalotnyi D.I. [Гомеопатическое лечение тонзи- литанестрептококковой этиоло- гии у детей...]. <i>Der Kassenarzt</i> 2006; 6: 40-42. 2. Европейский банк данных клинических исследований <a href="https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/viewArt45/39739">https://www.clinicaltrialsregister.eu/ ctr-search/viewArt45/39739</a>
2006- 2008 гг	Майданник В.Г., Розкладка А.И., и др.	Постмаркетинговое мул- тицентровое (6 клинических центров в Украине), открытое рандо- мизированное клиниче- ское исследование с параллельными группами	Эффективность и переносимость препарата Тон- зилотрен у пациентов (от 6 до 18 лет) с хроническим тонзиллитом	143 паци- ента	1. Крючко Т.А., Шпехт Т.В. [Результаты клинических иссле- дований по применению Тонзилотрена у детей с хроническим тонзиллитом.]. <i>Дитячий Лікар</i> 5 (7) (2010). 2. Информационное письмо МЗ Украины №38-2009 3. Метод рекомендации №156.12/200.13 от 16.07.2013
2012- 2016	Juergen Palm, Vasyi V. Kishchuk, Thomas Keller, Stephan Weber, Sabine De Jaegere, Petra Klement	Рандомизированное, международное (Украина, Германия, Испания), многоцентровое, контролируемое клиниче- ское исследование	Терапевтическая эффектив- ность, безопасность и переносимость Тонзилотрен- таблеток у пациентов (от 6 до 60 лет) с хроническим тонзиллитом.		- 13 <sup>th</sup> Congress of the <i>European Society for Pediatric Otorhinolaryngology</i> in Lisbon in June 2016. - 9 <sup>th</sup> <i>European Congress for Integrative Medicine</i> in Budapest in September 2016. -



Базисна терапія рекурентного тонзиліту:

- Дозування – Тонзилотрен по 1 табл. розсмоктувати за 30 хв. після їди 3 рази на день протягом 10 днів у комплексному лікуванні, далі в монотерапії до 2 міс.

- Проведено 2 курсу терапії з інтервалом в 4 міс.

Якщо порівнювати ефективність консервативного чи хірургічного лікування хворих на рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт, то слід сказати, що в багатьох випадках тонзилектомія

не вирішує питань подальшого прогресування, покращення перебігу захворювання нирок, суглобів, серця.

Розробка методів індивідуального підбору ефективних способів імунотерапії привела до переваги консервативного лікування хворих на РТ, особливо в дитячому віці. Індивідуально підібране консервативне лікування рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту має явні переваги перед тонзилектомією.

© В.В. Кішук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховській, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, Я.П. Грицун, 2016

*А.П. КОВАЛИК, П.В. КОВАЛИК, Д.В. БЕРЕГОВИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ВОЛОЧИСЬК, УКРАЇНА)*

### **БАКТЕРІАЛЬНА МІКРОФЛОРА І ЇЇ ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ, ВИДІЛЕНА ІЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГОРТАНІ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ І ХВОРИХ НА РУБЦЕВИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНІ**

Для профілактики і лікування ускладнень запального характеру, які можуть виникнути в гортані після хірургічного втручання при її рубцевих стенозах необхідно знати характеристики сучасної резидентної і транзитної мікрофлори гортані і відношення її окремих представників до антибіотиків. В загальному видова характеристика і антибіотикочутливість мікрофлори слизової оболонки окремих відділів дихальних шляхів вивчена детально, особливо горла, носа і приносних пазух. Даних про мікрофлору і її чутливість до антибактеріальних препаратів гортані при її рубцевих стенозах мало.

Мета роботи: вивчити бактеріальну флору слизової оболонки гортані і чутливість її окремих представників до антибіотиків у здорових (40 осіб) і хворих (55 пацієнтів) на рубцевий стеноз гортані. Серед виділених мікроорганізмів у здорових людей в 76,4 % і в 67,5 % у хворих на рубцевий стеноз гортані переважала кокова флора. Враховуючи цей факт, нами проведено визначення чутливості до антибіотиків саме цих видів мікроорганізмів.

Всього виділено і ідентифіковано 208 штамів представників кокової флори. Із них у здорових людей – 24 штами стафілококів, 35 – стрептококів і 17 – нейсерії. У хворих на рубцевий стеноз гортані – 38; 39 і 55 штамів, відповідно. Чутливість мікроорганізмів визначали до пеніциліну, еритроміцину, гентаміцину, цеф-

триаксону, амоксициліну і левофлоксацину.

Аналіз антибіотикограм показав високу чутливість кокової флори, виділеної у здорових людей. Мікрофлора із слизової оболонки гортані хворих проявила більш високу резистентність. Так, стафілококи до пеніциліну були нечутливими в 57,9% випадків, еритроміцину – в 44,7%, гентаміцину – 18,4%. В той же час, вони проявили високу чутливість до амоксициліну – 92,1%, цефтриаксону – 84,2%, левофлоксацину – 68,4%. Виділені із слизової оболонки гортані хворих стрептококи, на відміну від стафілококів, проявили до антибіотиків значно вищу чутливість. Особливо вони були чутливі до амоксициліну, левофлоксацину і амоксициліну, коли до вказаних антибіотиків були нечутливими лише поодинокі штами. Дещо меншу чутливість проявив стрептокок до пеніциліну. Так, із 39 штамів він проявив резистентність лише в 2 випадках і в 11 – помірну стійкість.

Нейсерії висіяні у всіх хворих. Найстійкішими вони виявилися до пеніциліну – 49,1% резистентні і 25,4 % помірно стійкі, до еритроміцину – 38,2% і 33,6%, відповідно. Високу чутливість нейсерії проявили до амоксициліну (87,3%) і левофлоксацину (81,8 %). Антибіотиками вибору для профілактики і лікування запальних процесів після проведеного хірургічного втручання на гортані можуть бути амоксицилін і левофлоксацин.

© А.П. Ковалик, П.В. Ковалик, Д.В. Береговий, 2016

## **КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ТОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

Среди злокачественных опухолей придаточных пазух носа рак верхнечелюстной пазухи составляет 75-80%, и 1-2% среди всех локализаций рака. Большинство этих пациентов поступает на лечение с распространенными формами (T3-4) опухолей. Основной причиной запущенности является недостаточность визуального контроля и позднее проявление клинических симптомов. Современные топические и специальные методы исследования дают возможность установить диагноз на более ранних стадиях с возможностью верификации диагноза на дооперационном этапе.

На сегодняшний день информативными и не разделимыми методами диагностики являются топические: КТ и МРТ методы исследования и эндоскопические исследования.

**Цель исследования:** провести исследование информативности комплексного применения топических и эндоскопических методов исследования при злокачественных заболеваниях верхнечелюстной пазухи.

**Материалы и методы.** За период времени с 2011 по 2014 гг. обследованы 83 пациента с диагнозом: Рак верхнечелюстной пазухи I-IV ст. T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> – 9 (7,5%); T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> – 29 (24,1%); T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> – 34 (28,2%); T<sub>3</sub>N<sub>1-3</sub>M<sub>0</sub> – 5 (4,2%); T<sub>4</sub>N<sub>1-3</sub>M<sub>0</sub> – 8 (6,6%); T<sub>3-4</sub>N<sub>0-3</sub>M<sub>1</sub> – 6 (5,0%).

Всем пациентам проводилось КТ исследование на установке CT/c Dual GE двухсрезовый или МРТ исследование на установке Toshiba Vantage 1,5 Тс. и эндоскопическое исследование на эндоскопической стойке Karl Storz с углом обзора 0, 30, 70° ø 4 мм, по данным которых установлен клинический диагноз злокачественного заболевания верхнечелюстной пазухи, взятие биопсийного материала. Топические методы позволяли констатировать наличие объемного образования, определить его распространенность, дать характеристику границ тени и получить представление о глубине поражения верхнечелюстной пазухи, при эндоскопии улучшалась визуализация образования, наличие отделяемого в носовых ходах, осмотр анатомических структур и функционального состояния всех анатомических образований носа.

### **Результаты**

После проведения оперативного лечения пациентов и гистологического исследования опухоли мы получили следующие данные: плоскоклеточный рак выявлен у 65 (74,7%) па-

циентов, переходноклеточный рак – 8 (9,2%), недифференцированный – 7 (8,0%), инвертированная папиллома – 3 (3,5%), мукоцеле – 2 (2,3%), лимфома – 1 (1,2%), эстезионейробластома – 1 (1,2%).

Проведенный анализ и сравнение полученных гистологических, клинических и данных топических методов исследований показывает, что достоверная информативность последних относительно злокачественных заболеваний верхнечелюстной пазухи составляет 94,3%. Расхождения между данными топических методов, внутриоперационными и гистологическими составило 5 случаев (5,7%). При этом полученные данные при эндоскопии по информативности онкологических поражений характеризуются полнотой, которую не возможно получить, при риноскопии. Использование эндоскопов разных углов обзора открывает обзору всю пазуху (с возможностью прицельной биопсии), качество визуальной информации выше, т.к. лучше условия освещения, и оптика предоставляет возможность многократного увеличения. Кроме того, оптическая техника дает возможность осмотреть не только саму верхнечелюстную пазуху, но и окружающие ее структуры, такие как носовая полость, соседние околоносовые пазухи и стенки глазницы, без дополнительной травматизации, дает полноценную визуальную характеристику тканей.

При обследовании пациентов в доверификационный период можно с высокой степенью достоверности провести дифференциальную диагностику по данным топических методов. К числу признаков злокачественной опухоли относят: неоднородность и неровные контуры тени, отсутствие четких границ по отношению к окружающим тканям, плотность тени от 14-HU до 72-HU; наличие характеристик деструкции: распространение тени от опухоли и опухолеподобного образования за пределы их локализации в органе; взаимоотношение с костными анатомическими образованиями, проявляющимися различными вариантами смещения, деформации и разрушения; теневой очаг патологии, расположенный вблизи основной тени; изменения тени окружающих структур, являющихся отражением в них вторичной патологии; наличие признаков обтурации органа, инфильтрации тканей, компрессии соседних анатомических образований.

Говоря, о информативности методов надо заметить, что оптимальным является комплексное применение и оценка эндоскопического и топических методов. Пользуясь данными рентгенологического и томографического исследования можно четко спланировать эндоскопическое диагностическое вмешательство, наметить интересующие зоны и выполнить номинально

операцию избежав лишней травматизации и соблюдая принципы абластики.

Таким образом, все перечисленные преимущества эндоскопических и топических методов диагностики и лечения верхнечелюстной пазухи являются веским основанием для широкого внедрения метода в практику для повышения качества лечения больных.

© А.В. Ковтуненко, С.Н. Тымчук, А.А. Бакаев, 2016

*О.В. КОВТУНЕНКО, С.М. ТИМЧУК, Б.В. ШПОРТЬКО (ДНІПРОПЕТРОВСЬК, УКРАЇНА)*  
**СУЧАСНА МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА МЕТАСТАЗІВ РАКУ ГОРТАНІ  
У РЕГІОНАРНІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ**

Згідно даних канцер реєстру, захворюваність на рак гортані залишається стабільно високою. Метастази у лімфатичні вузли зустрічаються у 30-70% хворих на рак гортані. Актуальним залишається питання вибору об'єму шийної дисекції.

Нами проводилося дослідження лімфатичних вузлів за допомогою тонкоголкової аспіраційної біопсії на передопераційному етапі, методом заморожених зрізів – інтраопераційно, рутинного гістологічного дослідження, да дослідження метастатичної активності первинної пухлини імуногістохімічним методом.

Під спостереженням знаходилося 62 хворих на рак гортані III-IV ст.  $T_{3-4}N_{mi-0-3}M_0$ . За даними обстеження, пацієнти мали змінені лімфатичні вузли. Всім пацієнтам на передопераційному етапі виконано тонкоголкову аспіраційну біопсію та хірургічне втручання, яке включало лімфодисекцію. Для визначення метастатичного потенціалу пухлини ми ретроспективно досліджували експресію молекулярних маркерів імуногістохімічним методом у 70 хворих. Група зі статусом N+ – 39 хворих та 31 хворий без регіонарних метастазів. Основним стало дослідження неопластичного та проліферації. Визначався наступний спектр молекулярних маркерів: Циклін D1, VEGF, CD34.

Для проведення дослідження лімфатичних вузлів хворі були розділені на 3 групи залежно від N статусу. Контрольна група з  $N_0$  складала 4 хворих. При дослідженні пунктату, заморожених зрізів, та гістологічним дослідженням, метастази виявлені не були. 2-а група  $N_{mi}$  – у пацієнтів при цитологічному дослідженні не були виявлені метастази, при дослідженні заморожених зрізів виявлений один мікрометастаз (50%). За допомогою гістологічного дослідження діагнос-

товано 2 випадки – 100%. Діагностика хворих 3-ї групи ( $n=23 N_{1-3}$ ): цитологічна діагностика була інформативна у 23 хворих – 79,3%; інтраопераційне дослідження заморожених зрізів дозволило виявити метастази у 26 випадках, що складало 89,7%. Гістологічне дослідження виявило метастатичне ураження у 100% випадках.

У пацієнтів з  $N_1$  спостерігалися неінформативні результати при проведенні тонкоголкової аспіраційної біопсії в 20,7% ( $n=6$ ), та при дослідженні заморожених зрізів виявлені неінформативні результати у 10,3% ( $n=3$ ) досліджень, відповідно.

З числа досліджуваних з  $N_0$  ( $n=4$ ) наявність метастатичного ураження не була підтверджена ні одним з методів. При наявності метастазів ( $N_{1-3}$ ) з 29 хворих за допомогою тонкоголкової біопсії цитологічно у 23 (79,3%) діагностовано плоскоклітинний рак, у інших 6 (20,7%) ознаки лімфаденіту.

Введені до класифікації мікрометастази не були виявлені в жодному разі при проведенні цитологічного дослідження пунктату лімфатичного вузла. При інтраопераційному експрес дослідженні був виявлений один лімфатичний вузол з мікрометастазом. Гістологічно він визначався як метастаз плоскоклітинного раку, розташовувався субкортикально, і мав розмір до 2 мм.

За даними імуногістохімічного дослідження надекспресія маркеру циклінD1 має прогностичне значення щодо діагностики метастазів в лімфатичні вузли ший при плоскоклітинних раках гортані ( $p<0,0001$ ,  $r=+0,821$ ); з падінням ступеня диференціювання плоскоклітинного раку експресія маркеру циклінD1 статистично вірогідно підвищується ( $p=0,004$ ,  $r=0,335$ ).

Аналізуючи інтенсивність процесів ангіогенезу в плоскоклітинних раках гортані з'ясовано, що фенотипи карцином з високою експресією VEGF, мають високу щільність мікросудин з десмопластичною реакцією стромы; ці показники є прогностичними факторами ризику, щодо виникнення метастазів в лімфатичних вузлах ший (p<sub>VEGF</sub>=0,018, r<sub>VEGF</sub>=+0,405; p<sub>CD34</sub>=0,032, r<sub>CD34</sub>=+0,289), але не мають зв'язку з диференціацією плоскоклітинних раків (p<sub>VEGF</sub>=0,056, p<sub>CD34</sub>=0,063)

За даними проведених нами досліджень чутливість методів становить 79,3% для тонкогілкової аспіраційної біопсії, та 89,7% для дослідження заморожених зрізів. Помилково нега-

тивні результати досліджень виявлялися у хворих з одиничними лімфатичними вузлами N1. Проведення тонкогілкової аспіраційної біопсії є неінформативним для виявлення мікрометастазів, а проведення дослідження заморожених зрізів малоінформативне. При імуногістохімічному дослідженні первинної пухлини знайдено кореляційний зв'язок між маркерами клітинного циклу, неоангіогенезу та наявністю метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.

Таким чином, ми вважаємо необхідним продовжувати комплексне дослідження для оптимізації діагностики та лікування метастазів плоскоклітинного раку гортані.

© О.В. Ковтуненко, С.М. Тимчук, Б.В. Шпортько, 2016

*Д.Н. КОКОРКИН, В.А. ШАМЕНКО (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

### **ГИСТИОЦИТОЗ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА У ДЕТЕЙ**

Гистиоцитоз — интерстициальное заболевание неизвестной этиологии (синонимы: гистиоцитоз Х, ретикулогистиоцитоз, ретикулоксантоматоз, ретикулоэндотелиоз, ксантоматоз). Общим для гистиоцитоза является образование в различных органах и тканях гранулем, в основе чего лежит иммунопатологический процесс, способствующий очаговой или диссеминированной пролиферации гистиоцитов. Точная статистика заболеваемости не известна, но предполагают, что на 1 миллион детей в возрасте до 15 лет бывает 1 случай. У взрослых заболеваемость еще ниже. Диагностируют заболевание в среднем в возрасте 3 года. Мальчики болеют чуть чаще девочек.

В клинической картине преобладают кожные проявления, напоминающие себорейную сыпь и возникающие вторично, после инфильтрации эпидермиса гистиоцитами Лангерганса. Кроме того, у большинства больных этим гистиоцитозом развиваются гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, легочные поражения и очаги деструктивного остеолитического процесса в костях. Обширная гистиоцитарная инфильтрация костного мозга и других органов часто сопровождается анемией, тромбоцитопенией и предрасположенностью к воспалению среднего уха и мастоидиту. В целом, клиническая картина может напоминать таковую при остром лейкозе.

Установить подозрение на гистиоцитоз можно по анамнезу заболевания и объективному осмотру ребенка. Проводят общий и биохимический анализ крови, чтобы выяснить состояние костного мозга и проверить функционирование

печени. Чтобы подтвердить диагноз несахарного диабета, делают исследование мочи. Рентгенографические методы позволяют обнаружить поражения костей. Для обнаружения пораженных областей используют метод компьютерной томографии и МРТ. Чтобы установить окончательный диагноз и определиться с лечением, используют биопсию.

Для лечения гистиоцитоза у детей применяют глюкокортикоиды в сочетании с цитостатиками. При генерализованных формах гистиоцитоза неблагоприятный исход фиксируют в 70% случаев. При локализованных формах прогноз благоприятный.

Клинический случай. В апреле 2016 г. в ЛОР-отделение Запорожской детской многопрофильной больницы №5 поступил ребенок 04.12.13 г. с жалобами на образование (полип) в левом наружном слуховом проходе, припухлость правой половины лица. Из анамнеза: родители заметили новообразование в слуховом проходе за неделю до поступления в больницу. После осмотра оториноларинголога по месту жительства, девочка была направлена на консультацию на кафедру оториноларингологии ЗМАПО, произведена КТ черепа и затем поступила в ЛОР-отделение КУ «ЗГДМБ №5». Девочка росла и развивалась не отставая от сверстников. Из перенесенных заболеваний родители отмечают ОРВИ. С конца января 2016 г. лечилась у дерматолога по поводу дерматита волосистой части головы. Общеклинические анализы были без патологических изменений. УЗИ сердца, печени, селезенки и почек патологии не

виявило. Ребенок был осмотрен кардиологом и эндокринологом, на момент осмотра патологии не выявлено. На КТ височных костей КТ признаки неопластического объемного поражения нижней челюсти справа и височной кости слева. При объективном осмотре определяется себорейная сыпь на волосистой части головы. Асимметрия лица за счет инфильтрата в области скуловой дуги справа. В левом наружном слуховом проходе новообразование бледно-розового цвета, которое obturiruet слуховой проход. Новообразование из левого наружного слухового прохода было удалено и отправлено на гистологическое исследование, которое определило в материале участки гистиоцитоза.

Для дальнейшего лечения и диагностики ребенок был направлен в гематологическое отделение областной детской больницы, где была произведена рентгенография грудной клетки, на которой были выявлены очаги деструкции кости в нескольких ребрах. Биопсия кости нижней

челюсти определила Лангергансоклеточный гистиоцитоз. Учитывая анамнез болезни, объективные данные, данные КТ и рентгенографии, гистологическое исследование был установлен клинический диагноз: Гистиоцитоз из клеток Лангерганса с поражением костей скелета, кожи, ушной раковины, мультифокальная форма, группа высокого риска.

В настоящее время девочка проходит курсы химиотерапии согласно протокола LCH III, который включает в себя приём преднизолона и винбластина.

Заключение. Гистиоцитом из клеток Лангерганса относится к группе очень редких заболеваний. В данном случае локальные проявления заболевания давали картину хронического среднего отита, в связи с чем необходима осторожность оториноларингологов в отношении данной патологии. Своевременная диагностика позволит начать продуктивное лечение, что в значительной степени оптимизирует прогноз.

© Д.Н. Кокоркин, В.А. Шаменко, 2016

*І.Д. КОСТИШИН, Г.А. ГІРНА, В.Р. РОМАНЧУК (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

## **ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ОНКОСТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

**Актуальність.** Серед злоякісних пухлин голови і шиї пухлини щелепно-лицевої ділянки зустрічаються у 2,5% випадків. Серед них пухлини щелеп – 8,7%, слизової дна порожнини рота – 10-15%. В 17-38% випадків пухлина слизової дна рота поширюється на нижню щелепу, що зобов'язує збільшити об'єм оперативного втручання – провести резекцію нижньої щелепи. Такі операції, без первинної пластики оромандибулярного дефекту, призводять до утворення наскрізного дефекту, порушення багатьох життєво-важливих функцій, спотворення зовнішнього вигляду і психологічного дискомфорту.

**Мета дослідження.** Клінічна апробація способу заміщення дефекту нижньої щелепи, після її резекції у хворих на рак слизової порожнини рота.

**Матеріали і методи.** Нами розроблений і використаний спосіб пластичного закриття дефекту нижньої щелепи. Суть його полягає у використанні вільного кісткового аутоотрансплантату із здорової ділянки протилежної сторони нижньої щелепи. Після виконання двобічної шийної лімфаденектомії і резекції нижньої щелепи переходимо безпосередньо до забору кісткового трансплантату. Випилюється кістковий

фрагмент нижче на 0,5 см від нижньощелепового каналу, по довжині фрагмент відповідає довжині дефекту. Фіксація кісткового аутоотрансплантату здійснювалася титановою пластиною і гвинтами. Проводиться тимчасова іммобілізація щелеп шиною Васильєва.

Виконана таким способом реконструкція нижньої щелепи після її резекції 5 хворим. У 2 хворих – первинний рак тіла нижньої щелепи (II стадія), у 3 хворих – рак слизової альвеолярного відростку нижньої щелепи (III стадія). Гістологічно у всіх 5 хворих було підтверджено плоскоклітинний ороговіваючий рак, на оглядовій ортопантограмі відмічалися ознаки деструкції кісткової тканини. Хворі першим етапом отримали передопераційний курс променевого лікування РВД – 2 Гр., СВД – 36-40 Гр.

**Результати дослідження.** У 4 пацієнтів спостерігалось первинне заживлення рани і формування кісткової мозолі (ортопантограма). У 1 пацієнта було ускладнення у вигляді маргінального остеомієліту переднього кісткового фрагменту, до якого закріплений аутоотрансплантат. Ускладнень в донорському фрагменті не відмічалось.

**Висновок.** При використанні запропонованого способу було зведено до мінімуму функ-

ціональні порушення в ділянці післяопераційного дефекту, максимально відтворено анатомічну форму, зменшено тривалість реабілітації хворого після лікування онкологічного захворювання. За рахунок губчасто-кортикальної форми трансплантату, що збільшує його механічну міцність і ймовірність повноцінної органотипової перебудови у 80% хворих відбулося приживання трансплантату. Одномоментно відновлена нормаль-

на анатомія обличчя сприяла корекції психологічного стану, покращення якості життя пацієнтів і їх соціальної та трудової реабілітації. Аналіз раннього і найближчого післяопераційного періоду, (спостереження за пацієнтами протягом 9 місяців) показує, що використання нового способу пластики нижньої щелепи є виправданим і перспективним. В подальшому планується продовження клінічного дослідження.

© І.Д. Костишин, Г.А. Гірна, В.Р. Романчук, 2016

*І.Д. КОСТИШИН, Г.А. ГІРНА, В.Р. РОМАНЧУК, В.Є. ТКАЧ, І.М. ОСТАП'ЯК  
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

### **ПРЕВЕНТИВНІ ДИСКЕКЦІЇ І ОПРОМІНЕННЯ РЕГІОНАРНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ШИЇ ПРИ ПЛОСКОКЛІТИННОМУ РАКУ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ**

Однією з причин смерті хворих з місцеворозповсюдженим плоскоклітинним раком шкіри обличчя після санації первинного осередку є відтермінована реалізація регіональних метастазів. Для вибору адекватного плану лікування раку шкіри обличчя потрібно мати достовірні дані не тільки про особливості первинної пухлини, а й характеристику шийних лімфатичних вузлів. Тому актуальним є вивчення ефективності і доцільності профілактичних заходів впливу на шляхи регіонального лімфовідтоку у хворих на плоскоклітинний рак шкіри обличчя.

Нами проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт і історій хвороб 588 хворих з плоскоклітинним раком шкіри обличчя взятих на облік в 2003-2012 рр. без клінічних регіонарних метастазів на ший (N0). У 503 (85,5%) хворих гістологічно підтверджено плоскоклітинний рак з ороговінням і у 89 (15,5%) хворих – плоскоклітинний рак без ороговіння. 16 хворих з певних причин (відмова, протипоказання) спеціального лікування не отримали.

Хворі розділилися на 2 групи:

I група – 553 хворих – отримали промене-ве, хірургічне, комбіноване, або кріохірургічне лікування первинного вогнища без будь-якого впливу на регіонарний лімфатичний апарат.

II група – 19 хворих – проводилась однобічна, або двобічна профілактична шийна лімфодисекція по I-II варіантах.

Профілактична променева терапія на зоні регіонарного метастазування не проводи-

лась жодному хворому, хоча слід відмітити, що багатьом авторам вдалось в 2-3 рази зменшити метастазування в регіонарні лімфатичні вузли ший при плоскоклітинному раку слизової порожнини рота (Романов І.С., 2011; Пилипюк Н.В., 2015).

На протязі першого року після оздоровлення, пролонгація захворювання в регіонарні лімфатичні вузли ший мала місце у 4-х хворих, на 2-му році – у 6-ти, на третьому – у 2, четвертому – у 1, п'ятому – 2 і від 6 до 10 років – у 9 хворих. Таким чином на протязі 5-ти років метастази в лімфатичні вузли ший появились у 17 (3,1%) хворих, в період 6-10 років – у 9 (1,6%) хворих. Частота метастазування збільшувалась при локалізації пухлини на шкірі скроні, вушної раковини, губи, T2-T4, низькій ступені диференціювання клітин і інфільтративному рості пухлини. Враховуючи приведені дані і високу вірогідність наявності субклінічних метастазів 19 хворим проводилась однобічна, або двобічна профілактична шийна лімфодисекція по I-II варіантах. Метастази гістологічно виявлено у 8 хворих, що становить 1,4% від загальної кількості хворих (572) і 42,1% від кількості оперованих.

На основі отриманих даних можна рекомендувати використання профілактичних шийних дисекцій і опромінення регіонарних регіонарних лімфатичних вузлів при інфільтративному рості пухлин, T2-T4, і низькій диференціації клітин плоскоклітинного раку шкіри обличчя.

© І.Д. Костишин, Г.А. Гірна, В.Р. Романчук, В.Є. Ткач, І.М. Остап'як, 2016

## **СПАДКОВА СХИЛЬНІСТЬ ДО ХРОНІЧНОГО ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ ЗА ДАНИМИ КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ**

Хронічний поліпозний риносинусит (ХПРС) лишається актуальною проблемою сучасної медицини. При глибшому вивченні ХПРС стає очевидним, що дана патологія відповідає специфічним ознакам, характерним для полігенних або мультифакторних хвороб, а саме: висока частота захворювання в популяції; широкий клінічний поліморфізм захворювання; особливості успадкування захворювань не відповідають менделівським закономірностям; ступінь виразності проявів хвороби залежить від статі і віку хворого, інтенсивності роботи його ендокринної системи, несприятливих факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. Клінічну різноманітність ХПРС неможливо пояснити тільки впливом зовнішніх факторів, це вказує на те, що розвиток хвороби може бути пов'язаний з індивідуальними особливостями макроорганізму, в детермінації яких обов'язкову участь беруть генетичні фактори.

Мета дослідження: визначення внеску спадкової схильності у формування різних клініко-патогенетичних варіантів ХПРС.

В дослідження включено 210 хворих віком від 17 до 70 років з діагнозом «хронічний поліпозний риносинусит». Пацієнтів було розділено на три групи: I група – поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину; II група – поліпоз, асоційований з порушенням аеродинаміки носового дихання; III – асоційований з гіпер-Ig-E-емією. Для оцінки внеску спадкового фактора у формування та перебіг захворювання було використано метод клініко-генеалогічного аналізу.

Проведене клініко-генеалогічне дослідження довело наявність спадкової схильності до ХПРС більше як в половині випадків, у 55,7% хворих. Кількість спадково схильних хворих суттєво відрізняється в різних клінічних групах: для пацієнтів з аспіриноасоційованим назальним поліпозом спадкова схильність характерна в 90% випадків, з порушенням архітек-

тоніки порожнини носа спадковість до ХПРС виявлена тільки в 10% випадків. У пацієнтів з поліпозом, асоційованим з гіпер-Ig-E-емією спадкова схильність виявлена в 67,14% осіб. Залежно від клінічної групи спостерігається різна пенетрантність ознаки (ХПРС): в II групі в родовах спадково схильних осіб наявні лише 2 хворих включно з пробандом, що говорить про низьку пенетрантність та високу частку впливу середовищних факторів на розвиток патології, в III і I групах спостерігається від 2 до 5 хворих в родоводі, що говорить про більш високу пенетрантність ознаки та незначну роль середовищних факторів в їх патогенезі. ХПРС характеризується наявністю різних типів успадкування ознаки: в II і III групах переважає аутосомно-рецесивний тип – 100% в II групі, 70,21% - в III групі, в I групі спостерігається аутосомно-домінантний тип – 52,38%. Виявлені гендерні відмінності серед спадково схильних осіб: в групі хворих з порушенням архітекtonіки порожнини носа 100% спадково схильних хворих чоловіки, в групі з поліпозом, асоційованим з гіпер-Ig-E-емією кількість спадково схильних чоловіків та жінок приблизно однакова (51,06% жінок і 47,06% чоловіків), в I групі (поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину) кількість спадково схильних жінок переважає чоловіків: 66,67% жінок проти 33,33% чоловіків. Значне переважання хворих жінок в групі з аспіриноасоційованим назальним поліпозом обумовлене явищем генетичного імпринтингу в зв'язку з наявністю у 15,87% пацієнтів даної групи передачі ознаки за материнською лінією.

Ознаки, що враховують внесок спадковості в розвиток захворювання поряд з клінічними, біохімічними та іншими маркерами, допомагають оптимізувати діагностичний процес і визначити адекватну терапевтичну тактику у пацієнтів із різними клініко-патогенетичними варіантами поліпозного риносинуситу.

## **ООБЛИВОСТІ ВЕСТИБУЛОМЕТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

Останнім часом відмічається чітка тенденція до збільшення кількості пацієнтів з вестибулярними порушеннями.

Перше завдання, яке постає перед лікарем, що має пацієнта з вестибулярними порушеннями – це визначення рівня ураження вестибулярної системи. Не дивлячись на те, що сьогодні існують сучасні інструментальні методи дослідження вестибулярної функції, які надають нам дуже важливу і об'єктивну інформацію, однак в повсякденній лікарській практиці не менш важливою є вміння провести топографічну діагностику, яка базується на знаннях клінічної анатомії та фізіології вестибулярного аналізатора.

Обсяг і характер вестибулометричного обстеження може бути різним. При клінічному дослідженні більше уваги приділяють функціональному стану півколових каналів (ампулярному відділу), вестибулярним спонтанним розладам (ністагму, статокінетичним розладам). При експертній оцінці основну увагу приділяють дослідженню функції отолітового апарату, враховують ступінь вестибуловегетативних реакцій і стан вестибулоспінальних рефлексів.

При опитуванні пацієнта прагнуть отримати детальний опис скарг, характерних для вестибулярних порушень. Клінічно значущими є скарги на головокружіння, яке триває більше однієї хвилини, давниною менше місяця, або частіше, як раз на місяць.

До скарг, притаманних вестибулярній дисфункції, відносяться порушення рівноваги тіла при стоянні та при ході (атаксія). Ступінь цих порушень залежить від гостроти та тяжкості захворювання. Причиною статокінетичних порушень може бути як патологія присінкового органу, так і захворювання ЦНС. При подразненні лабіринту (внутрішнього вуха) переважають відхилення, чи падіння в напрямку хворого вуха. При випадіння одного з лабіринтів визначається порушення ходи, чи падіння в бік інтактного вуха. Гостре одночасне повне ураження обох лабіринтів призводить до атаксії. У випадку гострого периферичного ураження, атаксія супроводжується системним головокружінням та вегетативними розладами. Чим ближче рівень ураження знаходиться до лабіринту, тим чіткіше головокружіння носить системний характер. При патології центрального відділу вестибулярного аналізатора пацієнти вказують, переважно, на коорди-

наторні порушення (хитка хода) та несистемне головокружіння. Вегетативні реакції не виражені, або відсутні взагалі. При цьому у пацієнта визначається, як правило, спонтанний ністагм.

При наявності слухових порушень уточнюють їх зв'язок з вестибулярною симптоматикою (стабільна, тимчасова, прогресуюча приглухуватість, з однієї, з двох сторін, вушні шуми, тощо).

Рішення про проведення тих чи інших вестибулярних проб повинно прийматись індивідуально з урахуванням загального стану хворого, гостроти процесу, діагностичних завдань та наявності протипоказань. У хворих з гострою вестибулярною дисфункцією дослідження проводиться в лежачому положенні за скороченою схемою. Експериментальні вестибулярні проби не проводяться. В подальшому, при покращенні загального стану, обсяг вестибулометричного обстеження розширюється з використанням вестибулярних проб, зокрема обертальних та калоричних. У пацієнтів при відсутності явних вестибулярних порушень, або при не різко виражених вестибулярних порушеннях, вестибулометрія проводиться в повному обсязі.

Загалом для периферичних (лабіринтних) уражень вестибулярного аналізатора, які супроводжуються зміною вестибулоспінальних рефлексів характерним є гармонічність і однонаправленість реакцій. Типовою скаргою буде порушення ходи при повільному переміщенні. При швидкому переміщенні (бігу) людина рухається переважно по зору, тому ці порушення значно зменшуються і навіть зникають. Периферичне ураження, як правило, супроводжується порушенням слуху по рецепторному типу.

В умовах амбулаторного прийому можливе дослідження вестибулярної функції за скороченою схемою при умові застосування методик різних функціональних груп (дослідження ністагму, дослідження тону м'язів, 1-2 проби дослідження статичної рівноваги, 1-2 проби на динамічну рівновагу, тощо). Це дозволить виявити суб'єктивні та об'єктивні симптоми ураження вестибулярної системи.

Таким чином, дотримання певних правил та рекомендацій при дослідженні вестибулярного аналізатора у пацієнтів з кохлеовестибулярними порушеннями дозволяє провести тестування вестибулярної функції та визначитись з клінічним діагнозом.



## ПРОБЛЕМИ КЛАСИФІКАЦІЇ ХРОНІЧНИХ НЕГНІЙНИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ

Враховуючи новітні дослідження по анатомії, патофізіології середнього вуха класифікація запропонована проф. Потаповим І. І. (1961) з поділом хронічних середніх отитів (епі-, мезо-, епімезотимпаніт) вимагала удосконалення. Не повністю відповідає клінічній практиці і міжнародна класифікація хвороб, прийнята 19-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (1974). Проаналізувавши одержані дані під час хірургічних операцій на порожнинах середнього вуха (патоморфологічні, імуноморфологічні, гістохімічні).

Тарасов Д.И. і співавтори (1988) розробили точнішу класифікацію гострих і хронічних середніх отитів, (узгодивши та доповнивши дані з МКХ); виділили хронічні середні отити на перфоративні і неперфоративні.

Хронічний гнійний середній отит розділили на мукозний, з остейтом, з холестеатомою (атикальна, яка утворюється з ретракційної кишені, мастоїдальна, обмежена або розповсюджена).

Фіброзуючі форми середніх отитів: сухий перфоративний середній отит (сухий мезотимпаніт), хронічний туботимпаніт, адгезивний середній отит, тимпаносклероз, фіброзуючий середній отит або тимпанофіброз (остання стадія хронічного секреторного середнього отиту).

Сучасна міжнародна класифікація патології середнього вуха на пропозицію визначного отолога проф. Senturia B. (1970) розроблялася на протязі минулого століття, в цій проблемі проводилися дослідження (анатомічні, фізіологічні, біохімічні, імунологічні, експериментальні, епідеміологічні, клінічні симптоми, розроблено детальні діагностичні та лікувальні методики) науково дослідними кафедрами отології в різних регіонах світу) результати яких обговорювалися кожні 4 роки на 8-ми міжнародних конгресах високоспеціалізованих спеціалістів – отологів з усіх країн світу, починаючи з 70-х років минулого століття. На 7-й науковій конференції в 1999р. (США, Флорида, 1-7 червня) було остаточно прийнято нову класифікацію гострого і хронічного отиту та їх ускладнень. Матеріали цієї конференції опубліковані окремим виданням в журналі *Ann. Otol Rhinol Laryngol* 2002, v.111, p.1-102 під титулом «Recent Advances in Otitis Media, Report of the seventh research conference» під редакцією prof. David Lim, Charles. Bluestone, Margaret L. Casselbrant. А також в посібниках для лікарів 1 і 2 видань під редакцією проф. Rosenfeld R., Blues-

tone C. - «Evidence-Based Otitis Media» (1999, 2003), р. 81-136, з поясненням кожної нозологічної одиниці. Згідно цієї класифікації до хронічних середніх негнійних отитів відносять: хронічний середній секреторний отит і як його ускладнення ателектаз середнього вуха з різними стадіями ателектазу барабанної перетинки обох частин окремо (в науковій літературі ця форма отиту називається як хронічний ателектастичний середній отит), адгезивний середній отит і тимпаносклероз.

Хронічний адгезивний середній отит розділяють на: 1 ст. – слух не втрачений, аерація тимпанальної порожнини збережена, наявність фіброзо-адгезивного процесу, або барабанної перетинки, або в мастоїдальній порожнині; 2 ст. втрата слуху середнього ступеню. Процес охоплює барабанну перетинку з ланцюгом слухових кісточок (їх зрощення або розрив), компліанс перетинки обмежений, проте аерація тимпанальної порожнини збережена; 3 ст. подібна до 2ст., але максимальна втрата слуху по кондуктивному типу як наслідок тотальної фіксації барабано-осикулярної системи, відсутність аерації тимпанальної системи, тобто екстенсивний адгезивний середній отит. Тимпаносклероз генетично обумовлений, або в наслідок хронічного гнійного середнього отиту, або супутньою травмою середнього вуха, або від довготривалої тимпаностомії з шунтом. В залежності від поширення тимпаносклерозу розділяють 6 стадій: 1 ст. – слух збережений, обмежений процес тільки в барабанній перетинці тобто мірингосклероз; в даному випадку в залежності поширення процесу виділяють – стадія 1-1 наявність процесу в одному квадранті, 1-2 – процес охоплює два або більше квадрантів p.tensa і 1-3 тотальне пошкодження перетинки; 2 ст. та сама отоскопична картина, але з втратою слуху; 3 ст. – тимпаносклероз починається в тимпанальній порожнині, але без втрати слуху; 4 ст. та сама картина, що при 3ст., але з втратою слуху; 5ст. – тимпаносклеротичний процес охоплює, як барабанну перетинку, так і тимпанальну порожнину, але без втрати слуху; 6 ст. та ж клінічна картина, що при 5 ст., але з втратою слуху.

Окремо в цій класифікації виділяють «дисфункцію евстахієвої труби», (цей термін частіше вживається в закордонній англомовній літературі, рідше фаринготимпанальна труба). Дисфункцію розділяють на гостру, підгостру і хронічну форму, а по важкості процесу на легку, середню і важку стадію.

У зв'язку з недосконалістю старих класифікацій МКХ-10 в отології є необхідність запро-

ваджувати в практику міжнародні класифікації прийняті на світових конгресах отологів.

© М.Б. Крук, М.М. Крук, 2016

*И.В. КУЗЫК, Г.Э. ТИМЕН, О.В. КОБЕРНИК (КИЕВ, УКРАИНА)*

## **РАЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СЕКРЕТОРНЫМИ СРЕДНИМИ ОТИТАМИ**

Лечение детей и взрослых, болеющих секреторными средними отитами, по сей день, во многих случаях, остается одной из актуальных проблем отоларингологии. Возможно это связано не столько с постоянно изменяющейся средой обитания человека, сколько с отсутствием эффективных противовирусных препаратов, возрастающей резистентностью микрофлоры, снижению реактивности (иммунного ответа) организма, эмпирическим использованием антибиотиков, в том числе и в случаях острой вирусной инфекции, и мн. др.

Для сравнения сошлюсь на свою диссертационную работу 15-летней давности: «Тактика лечения детей с секреторными отитами», где четко были сформулированы последовательные этапы лечения детей, страдающих этими заболеваниями: 1 – Удаление причины (у детей, чаще других – аденоиды). Если слух в течение 30-40 дней не восстановился, а тип «В» тимпаногаммы сохранился – переходили ко 2-му этапу: восстановление проходимости слуховой трубы (фонофорез глюкокортикоидов, продувание по Вальсальва (когда возможно), катетеризация, продувание и введение через трубу глюкокортикоидов. Если это не давало результатов, прибегали к 3-му этапу – тимпанопункции и при негативном результате – к 4-му – шунтированию. Между прочим, такой алгоритм лечения ССО через 15 лет подтвердили зарубежные коллеги на Конгрессе детских отоларингологов (2016, Лиссабон).

Лечение детей с секреторными средними отитами и накопленный нами клинический опыт позволил видоизменить и использовать шунтирование у детей с рецидивирующими секреторными средними отитами в сочетании с аденоидными вегетациями. Прежде чем переходить к активным действиям, мы наблюдаем за ребенком, перенесшим рецидив отита в течение месяца. За это время проводится импедансометрия (тимпанометрия). Если возможно – субъективная, игровая или объективная аудиометрия, а также эндоскопия. Больному с выявленными аденоидными вегетациями и снижением слуха на переболевшее ухо и тимпаногаммой типа «В» в течение месяца назначали назонекс, флюидтек или синупрет. В случаях, когда местные глюкокортикоиды и муколитические препараты приводили к положительному эффекту – восстановлению слуха, переводу тимпанометрической «В»-кривой, хотя бы в «С», ограничивались аденотомией без шунтирования. Если позитивного течения заболевания не наблюдалось, одновременно с аденотомией производили тимпанопункцию с аспирацией содержимого барабанной полости и ее промыванием. При серозном характере выпота ограничивались пункцией, при тягучей, вязкой, густой слизи – производилось шунтирование.

Рецидивирующие средние отиты с частотой 3-5 в году при наличии аденоидов – прямое показание к их удалению.

© И.В. Кузык, Г.Э. Тимен, О.В. Коберник, 2016

*И.В. КУЗЫК, Г.Э. ТИМЕН, О.В. КОБЕРНИК (КИЕВ, УКРАИНА)*

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГНОЙНЫМИ СРЕДНИМИ ОТИТАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МАСТОИДИТАМИ**

Под нашим наблюдением находилась группа детей в возрасте от нескольких месяцев до 3 лет, с рецидивирующими (до 2 раз в месяц)

гнойными средними отитами. Обычно, при каждом рецидиве ребенку назначали антибиотик из разных групп, но, как правило, проблема остава-

лась. При этом далеко не всегда причиной рецидива являлись аденоидные вегетации и гиперплазированные тубарные валики (данные эндоназальной эндоскопии). Скорее всего, в этих случаях патогенез заболевания может быть связан с патологией желудочно-кишечного тракта, конкретно – со срыгиванием, в дальнейшем переходящим в рефлюкс, врожденным недостатком лактозы, лимфогипопластическим диатезом, аллергией, муковисцидозом и др. При этом, в качестве лечения прибегаем к шунтированию барабанной полости (без аденотомий и удаления тубарных валиков!). Шунт оставляем на период от 6 мес. до 2 лет. Если шунт самопроизвольно выпадает до указанных сроков, проводится повторное шунтирование. Операции по введению и извлечению шунта проводятся под ингаляционным наркозом. Такая тактика лечения детей раннего возраста с рецидивирующими гнойными средними отитами привела к излечению практически всех наблюдаемых больных.

Латентный мастоидит у детей, как правило, возникает на фоне острого или рецидивирующего гнойного отита, в том числе и перфоративного, когда протеолиз барабанной перепонки или искусственный (парацентез) дренаж, кроме аэрации, способствует более быстрой эвакуации гноя из барабанной полости. Однако, несмотря на антибиотико- и симптоматическую терапию, приводящих в комплексе с дренажом к затиханию острого воспалительного процесса в барабанной полости, остаточный отек слизистой оболочки, особенно в области барабанно-мастоидального соустья может остаться и закупорить его, лишив клеточную систему сосцевидного отростка вентиляции. Воздух в ячейках рассосется и за счет вакуума начнется пропотевание жидких компонентов крови в клетки сосцевидного отростка, а следовательно к развитию в лучшем случае, латентного мастоидита. Отоскопическая картина, особенно в первые дни, может не предвещать осложнения. Но общее состояние ребенка, несмотря на отсутствие локальных жалоб, таких как беспокойство, нарушение сна, плач, повышение температуры др. общие симптомы при условии отсутствия эф-

фекта медикаментозного лечения, в том числе антибиотикотерапии, требуют, при соответствующем анамнезе, дополнительного обследования, в первую очередь КТ.

Под нашим наблюдением было 15 детей с нарушением пневматизации клеток сосцевидного отростка. Всем им последовательно произведен парацентез, промывание барабанной полости смесью антибиотиков с глюкокортикоидами и шунтирование барабанной полости. Все 15 детей выздоровели. Аденотомия, при необходимости, производилась в плановом порядке, после излечения.

За последние 3 года мы лечили 6 больных с острым гнойным средним отитом, осложненным гнойным мастоидитом: высокая температура, оттопыренность ушной раковины инфильтрация мягких тканей заушной области, иногда гиперемия (без флюктуации). При отоскопии: нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода, утолщение, помутнение и выпячивание барабанной перепонки. На КТ снижение пневматизации, практически тотальное, клеток сосцевидного отростка и набухлость слизистой с жидкостным компонентом барабанной полости. Т.е. классическая картина гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом. Всем шестерым ребятам произведена тимпанотомия в области верхнего и нижнего квадрантов, аспирирован экссудат и промыта барабанная полость смесью антибиотка и глюкокортикоида, после чего в нижнюю часть тимпанотомического отверстия введен шунт. Назначен комплекс лекарственных препаратов, включающий антибиотики, дегидратационные, дезинтоксикационные средства, витамины и др. Клиническое выздоровление, за исключением восстановления пневматизации наблюдалось от 7 до 14 дня. По показаниям – аденотомия. Процесс воздухонаполнения клеток сосцевидного отростка занимал от 3 мес. до 1 года.

Приведенные материалы, по нашему мнению, свидетельствуют о возможности значительного расширения шунтирования, в том числе его использования при гнойных средних отитах, осложненных мастоидитами.

© И.В. Кузык, Г.Э. Тимен, О.В. Коберник, 2016

# СТРУКТУРА І ХАРАКТЕРІЗОЛЬОВАНИХ І УСКЛАДНЕНИХ УШКОДЖЕНЬ НОСА І ВУХА ЗА ОСТАННІ З РОКИ ЗА ДАНИМИ УРГЕНТНОГО КАБІНЕТУ ЛОР-КЛІНІКИ ХМАПО

Серед ушкоджень тіла людини травми носа займають одне з провідних місць, перше серед ушкоджень ЛОР-органів і кісток лицевого скелету. Найзначніша кількість їх припадає на найбільш працездатний вік – 20-50 років. Травми носа становлять 10-12% всіх звернень на пункт негайної допомоги та 8-15% (в різні роки) загальної кількості госпіталізованих.

Ця проблема останнім часом набула особливо важливого значення в зв'язку з великою кількістю постраждалих (цивільних осіб), більшість з яких складають побутові, криміногенні випадки і ті, що виникли при дорожньо-транспортних пригодах. Хворі з ізольованими і сполученими переломами кісток носа і верхньо-серединною зоною обличчя, що звертаються до ургентного кабінету МКЛ №30 м. Харкова складають 10-12% від усіх оглянутих.

Із усіх постраждалих з травмами носа, які звернулись в ургентний кабінет у 2015 р., було госпіталізовано 354 особи, що становить у сере-

дньому 2,1% від загальної кількості хворих стаціонару. У 28% (99 постраждалих) випадків травми були отримані чи завдані особами, що знаходилися в стані алкогольного сп'яніння.

Нами проведено більш поглиблене обстеження 354 ізольованих і сполучених ушкоджень носа. Осіб чоловічої статі було 289 (81,6%), жіночої – 65 (18,4%). Більше половини – 205 (58%) були у віці від 21 до 50 років. У вікових інтервалах 16-20 р. і 21-30 р. – 164 (46,5%) спостережень було більше, ніж у інших групах: 30-38 років – 117 (33,3%), більше 39 років – 20,2%. Провідне місце серед причин травм займали невиробничі – 319 (90%), причому побутові травми складали основну масу – 279 (78,9%). У першу добу були госпіталізовані 41,2% хворих, ще 19,3% - на 2-3-у, на 4-6-у – 14,9%, 24,5% постраждалих звернулись за медичною допомогою через тиждень і більше після травми.

Збільшилося число ускладнень травм носа і характер поранення.

Таблиця 1

Кількість осіб, що звернулись в ургентний кабінет клінічної бази ХМАПО (МКЛ №30 м. Харкова) по роках

	2013	%	2014	%	2015	%
Травми ЛОР-органів	2132	8.9%	2389	9.0%	2580	11%
Переломи кісток носа зі зміщенням відламків	969	45.5%	853	35.7%	977	37.9%
Переломи кісток носа без зміщення відламків	823	38.6%	833	34.9%	983	38.1%
Відкриті переломи кісток носа	0	0	7	0.3%	7	0.3%
Ушиблені рвані рани носа	2	0.1%	19	0.8%	77	3%
Ушиблені рвані рани обличчя і голови	16	0.8%	21	0.9%	22	0.9%

Таблиця 2

	2013	%	2014	%	2015	%
Гематоми повік	135	6.3%	168	7 %	177	7 %
Гематоми, абсцеси носової перегородки	3	0.1%	12	0.5%	19	0.8%
Гемосинус	7	0.3%	10	0.4%	14	0.5%
Струс головного мозку	253	11.9%	255	10.7%	248	9.6%

Якщо кількість струсу головного мозку не мінлася, то кількість гематом повік, виникнення гемо синусу зростає з кожним роком. Також звертає увагу зміна характеру уражень травм носа, а саме – зростання зашиблено-рваних поранень носа і, аналогічно, рваних поранень інших ділянок обличчя, які склали 77 у 2015р. порівняно з

19 – у 2014 р., і тільки 2 – у 2013 р. (табл. 1). Аналогічна динаміка має місце серед поранень лица і голови. Ці дані свідчать про більш тяжкий характер поранення і більшу вірогідність виникнення запальних ускладнень у цих хворих.

Аналогічна картина зростання травм зовнішнього і середнього вуха.

Таблиця 3

	2013	%	2014	%	2015	%
Посттравматичні середні отити	12	0.6%	48	2.2%	59	2.8%
Зашиблені рани вушної раковини	11	0.5%	17	0.8%	47	2.2%
Рвані рани вушної раковини	12	0.5%	15	0.7%	19	0.9%
Гематоми вушної раковини	15	0.7%	13	0.6%	21	1.0%

Кількість посттравматичних середніх отитів зросла з 12 випадків в 2013 р. до 48 – у 2014 р. і 59 – у 2015 р. Також змінюється характер поранення: найбільше у 2015 р., коли зашиблені рани зовнішнього вуха склали 47 випадків (порівняно з 17 – у 2014 р. і тільки 11 – у 2013 р.). Зростає кількість і рваних поранень зовнішнього вуха.

Таким чином, серед цивільних постраждалих зростає кількість, характер і тяжкість поранень носа, вуха і серединної зони обличчя, що пояснюється нами зростанням криміногенної сполуки в структурі поранень, а від лікаря вимагає більш кваліфікованої первинної ургентної допомоги цим особам.

© О.О. Кулікова, Г.І. Гарюк, В.М. Губін, В.Л. Чуваков, 2016

*А.А. ЛАЙКО, Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, В.В. СИНЯЧЕНКО, Л.А. ШУХ, В.В. СЕГАЛ  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

### ПЛАСТИКА «КЛАПАНА» НОСА У ДІТЕЙ

Відомо, що найвужчим місцем носа є ділянка біля переднього кінця нижньої носової раковини, яка визначає ступінь носової резистентності. «Клапан» носа може бути звужений виступаючою медіальною ніжкою великого крильного хряща, гіпертрофією переднього кінця нижньої носової раковини, виступаючим переднім краєм латерального хряща та підвивихом хряща перегородки носа. Останній чинник є найбільш частим в патології так званого «клапана» носа. Проте нами доведено, що у дітей спостерігається вроджена аномалія складки слизової оболонки порожнини носа, яка знаходиться в ділянці присінка носа від перегородки носа до латеральної стінки присінка носа, значно звужуючи верхню частину «клапана» носа і призводить до порушення носового дихання.

Дихання є однією з основних функцій порожнини носа. Під час вдиху струмінь повітря проникає в середній і верхній носові ходи, тобто дугоподібно завихрюючись, проходить через середньоверхні частини порожнини носа, потім повітря опускається назад і вниз через хоани потрапляє в носову частину глотки і далі – у дихальні шляхи. Видихуване повітря йде через нижній носовий хід та нижні частини порожнини носа. Такий нормальний шлях проходження струменя повітря залежить від горизонтального положення носових отворів, косого напрямку спинки зовнішнього носа і нормальної будови порожнини носа.

Регуляція повітряного струменя залежить від багатьох чинників: звуження і розширення порожнини носа та ніздрів, ступеня кровонаповнення носових раковин, стану рецепторного апарату, фізичного та хімічного складу повітря, віку дитини та ін.

Під нашим спостереженням знаходилося 17 хворих, які лікувалися в ЛОР-клініці Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» з приводу викривлення перегородки носа та вродженої вищеописаної складки порожнини носа. Всім хворим проведена ощадлива септопластика і висічена двобічна вроджена складка до 1,5 мм довжиною для розширення «клапана» носа. Виконана тампонада порожнини носа марлевими тампонами, просоченими маззю левомеколь, які видалені через 1-2 доби після оперативного втручання. Для профілактики післяопераційних синехій проводився щоденний туалет порожнини носа у верхніх частинах невеликими марлевими смужками, просоченими маззю левомеколь протягом 2-3 тижнів для профілактики синехій.

Таким чином, використання для тампонади марлевих прокладок, просочених маззю левомеколь, з нашої точки зору є найбільш ефективним у післяопераційному періоді для надійної профілактики розвитку синехій у верхніх частинах порожнини носа, що призводить до нормалізації дихальної функції носа.

© А.А. Лайко, Ю.В. Гавриленко, В.В. Синяченко, Л.А. Шух, В.В. Сегал, 2016

Лікування обмеженого зовнішнього отиту проводиться в залежності від перебігу захворювання. В стадії інфільтрації ефективне припи-

Таким чином, наш досвід свідчить про те, що такий алгоритм лікування обмеженого зовнішнього отиту у дітей є досить ефективним.

*С.О. ЛАКИЗА, С.С. САМОЙЛЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Послідовність променевого та оперативного компонентів повинна визначатися в залеж-

ності від розповсюдженості ураження, а головне, від форми росту. Враховуючи особливості клінічного перебігу раку задніх відділів голосових складок, доцільно використовувати комбінований метод лікування.

Щодо лікування пухлин II-ї та III-ї стадій серединної та серединно-підскладкової локалізацій, то тут також наявні значні розбіжності між деякими вітчизняними спеціалістами та їх зарубіжними колегами у підходах до вирішення цієї проблеми. Так, наприклад, тактика деяких авторів допускає у випадках фіксації однієї половини гортані функціональну резекцію типу Отана із наступним призначенням променевої терапії або хіміотерапії. Одним із аргументів на захист цієї тактики є збереження функцій гортані та надія на те, що наступне опромінення знищить залишкові пухлинні осередки, а також перероджені клітини, що потрапили в крово- та лімфотік під час операції. Наголошується також на тому, що у випадках неефективності такого лікування або рецидиву раку складкового відділу завжди зберігається можливість тотального видалення гортані.

Такі погляди на тактику лікування хворих із серединними та серединно-підскладковими локалізаціями є невиправдано оптимістичними. У значному відсотку випадків на місці операції ще до 1-го року з'являються осередки пухлини (*prolongatio morbi*) або, пізніше, рецидиви.

При виконанні часткових функціональних резекцій гортані у пацієнтів із пухлинами серединної та серединно-надскладкової локалізацій, при яких має місце нерухомість (або обмеження рухомості) відповідної половини гортані (III-я стадія захворювання), висока статистична ймовірність виживання не може бути очікуваною навіть при застосуванні у післяопераційному періоді променевої та хіміотерапії.

Хоча до сьогодні немає єдиних поглядів щодо етапності проведення та доцільності використання того чи іншого виду лікування злоякісних пухлин гортані, існують загальноприйняті принципові моменти, дотримання яких в онкології є обов'язковим. В цьому плані першочерговою метою лікування є позбавлення пацієнта хвороби. Збереження функції в такій ситуації виходить на другий план.

З точки зору сучасних підходів, часткові ларингектомії проводяться при доброякісних новоутвореннях та злоякісних пухлинах гортані, які не іммобілізують голосову складку, тобто при невеликих в об'ємі пухлинах, що не виходять за межі гортані і, що особливо важливо, не проростають у біляскладковий простір. Останній знаходиться між щитоподібним та перснеподібним хрящами, отже його інфільтрація веде

до фіксації відповідної половини гортані, що трактується як погана прогностична ознака. Така поширеність повністю виключає будь-яку часткову функціональну резекцію гортані.

Операція що передбачає збереження голосу, тобто часткова ларингектомія, може бути виконана тільки при обмежено-поширених пухлинах, але у наступних випадках вона неможлива: поширення пухлини на перснеподібний хрящ, двобічне втягнення в процес черпакоподібних хрящів, фіксація черпакоподібного хряща, поширення пухлини на надгортанник, відсутність мобільності однієї голосової складки, інвазія пухлини в щитоподібний хрящ, втягнення в процес верхівки грушеподібного синуса або позадуперснеподібного простору, втягнення в процес кореня язика більш ніж на 1 см вище лінії жолобоподібних сосочків.

Незважаючи на доступні в наш час можливості, не існує достатньо точних методів обстеження, які б дозволили адекватно оцінити ступінь поширення пухлини. Тим не менше хірург повинен окреслити хворому план майбутнього втручання, а також вказати, що може знадобитися тотальна ларингектомія, і що кінцеве рішення може бути прийнято тільки під час операції на основі прямого візуального дослідження та патогістологічного підтвердження. Якщо пацієнт не дає згоди, слід уникнути часткової резекції гортані.

При надскладкових локалізаціях злоякісних пухлин, за умови втягнення в процес черпакоподібного хряща та морганієвого шлуночка на одній стороні можна виконувати реконструктивну ларингектомію. Хворим із аналогічним ураженням, але незадовільною кардіопульмонарною функцією, показане тотальне видалення гортані. Реконструктивна ларингектомія є адекватним методом оперативного лікування раку морганієвого шлуночка та деяких підскладкових злоякісних пухлин. Підскладкове поширення пухлини під кільце перснеподібного хряща, або неефективність променевої терапії виключає будь-яку часткову чи реконструктивну резекцію гортані. Деякі автори вважають, що перед- чи післяопераційне елективне опромінення зон регіонарного метастазування є адекватним засобом профілактики регіонарних метастазів. Така позиція не відповідає сучасній європейській та світовій доктринам, оскільки не враховує, що наявність численних лімфатичних зв'язків вестибулярного відділу та гортаноглотки зумовлює високу частоту метастазування пухлин даної локалізації. Ефективність же променевої терапії в післяопераційному періоді при наявності навіть прихованих метастазів, досить сумнівна. Також не слід придержуватися вичікувальної тактики, не вважаючи

доцільним превентивне видалення регіонарних лімфовузлів та клітковини, особливо при вестибулярній локалізації раку гортані III-IV стадій.

Безсумнівно, що первинна променева терапія є методом вибору, при якому існує можливість збереження функції гортані. Ідеальні показання для проведення цього виду лікування ті ж самі, що й для органозберігаючих операцій. При великих пухлинах (> 4 см в діаметрі), метастазах в лімфовузлах ший, Т4, а також у нелікованих хворих з попередньо накладеною трахеостомою у зв'язку з обструкцією верхніх дихальних шляхів перевага повинна віддаватися оперативному лікуванню.

Деякі хворі, незважаючи на попередження про недостатню радикальність променевої терапії на пізніх стадіях захворювання та можливі фатальні наслідки, все ж відмовляються від опе-

ративного видалення гортані та вибирають променеву терапію.

Променева терапія повинна бути направлена на ліквідацію первинного осередку злоякісної пухлини та метастазів в лімфовузлах ший. Останні є досить частим явищем і можуть бути як пальпабельними, так і прихованими. Тому опроміненню повинні піддаватися широкі зони по обидві сторони ший. При виявленні мікроскопічних метастазів достатньо провести курс променевої терапії, але пальпабельні метастази підлягають оперативному видаленню.

Багаторічне дослідження особливостей клінічного перебігу регіонарних метастазів раку гортані дозволило виявити їх резистентність до іонізуючого впливу. Тому головним методом лікування вторинно змінених лімфовузлів є хірургічний.

© С.О. Лакиза, С.С. Самойленко, 2016

*С.А. ЛЕВИЦЬКА (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

## **ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ І НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ СИНУСИТИ**

Необхідною умовою ефективного функціонування навколоносових синусів (ННС) є оптимальний повітрообмін між синусами і носовою порожниною (НП). З огляду на це потенційними чинниками ризику розвитку хронічних синуситів можуть бути анатомічні варіанти розвитку, які змінюють аеродинаміку НП і сповільнюють дренаж з ННС.

Метою дослідження було визначення ролі анатомічних варіантів будови НП і ННС як чинників ризику розвитку хронічного запального процесу в ННС.

Обстежено 216 осіб дорослого віку: 84 хворих на хронічний ексудативний синусит (ХЕС); 72 – на хронічний поліпозний синусит (ХПС); 20 осіб із відсутністю анамнестичних вказівок на захворювання НП і ННС. Оцінку результатів комп'ютерної томографії синусів проводили за шкалою Lund-Mackay. Визначали

наявність клітин Галера та перегородок верхньощелепних пазух, варіанти розвитку гачкоподібного відростка (його гіпертрофія, подвоєння, аномальне викривлення), надлишкова пневматизація середньої носової раковини, розвиток лобової і клиноподібної пазух. Викривлення носової перегородки оцінювали за класифікацією R. Mladina.

Анатомічні особливості будови НП і ННС (клітини Галера, перегородки верхньощелепних синусів, зміни гачкоподібного відростка, викривлення носової перегородки) виявлені у 63,89% обстежуваних. Жоден з анатомічних варіантів не збільшував ризику розвитку ХПС. Клітини Галера (RR-2,45; 95%CI-1,16-3,74), перегородки верхньощелепних пазух (RR-3; 95%CI-1,72-4,28), аномалія розвитку гачкоподібного відростка (RR-3,617; 95%CI-1,62-4,72) збільшували ризик розвитку ХЕС.

© С.А. Левицька, 2016



*С.А. ЛЕВИЦЬКА (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **КОРЕЛЯЦІЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ З РОЗМІРАМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІВ У ХВОРИХ НА СИНУСИТИ**

Складний процес терморегуляції дозволяє вважати носову порожнину (НП) і навколоносові синуси (ННС) оптимальним кондиціонером організму. Зменшення інтенсивності головного болю (ГБ) у пацієнтів після операцій із усунення назальної обструкції пояснюється підвищенням інтенсивності охолодження слизової оболонки НП під час вдиху. Завдяки охолодженню слизової оболонки НП під час дихання в порожнину черепа через мозкові синуси поступає охолоджена кров. При цьому велике значення в локальному охолодженні мозку повинні мати верхньощелепні синуси (ВЩС) як найбільші за об'ємом додаткові колектори холодного повітря.

Визначена кореляція між інтенсивністю головного болю і об'ємом верхньощелепного

синусу, даними комп'ютерної томографії навколоносових синусів у 22 хворих із первинним головним болем напрути, 84 хворих на хронічний ексудативний синусит, 72 – на хронічний поліпозний синусит. Встановлено, що об'єм верхньощелепних синусів у чоловіків ( $16,12 \pm 0,64$  мл) перевищує об'єм верхньощелепних синусів у жінок ( $13,65 \pm 0,42$  мл). Не виявлено кореляції між інтенсивністю головного болю і результатами комп'ютерної томографії навколоносових синусів. Виявлена негативна кореляція середньої сили між інтенсивністю головного болю і об'ємом верхньощелепних синусів ( $Sp = -0,33$ ) може свідчити на користь участі верхньощелепних синусів в фізіології терморегуляції дихальних шляхів і головного мозку.

© С.А. Левицька, 2016

*С.А. ЛЕВИЦЬКА (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ЗВ'ЯЗОК ІНТЕНСИВНОСТІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ І РЕЗУЛЬТАТІВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ НАВКОЛОНОСОВИХ СИНУСІВ**

Одним з найчастіших симптомів хронічних синуситів (ХС) є головний біль (ГБ), інтенсивність котрого зазнає значних коливань. Основою діагностики хронічних синуситів є комп'ютерна томографія (КТ) навколоносових синусів (ННС), яка необхідна для визначення характеру і розповсюдженості запального процесу, вибору оптимальної тактики лікування хворого.

Метою дослідження було визначення кореляції інтенсивності ГБ із даними комп'ютерної томографії ННС.

Визначена кореляція між інтенсивністю ГБ і результатами КТ ННС у 22 хворих із головним болем напрути, 28 хворих на хронічний ек-

судативний синусит, 24 хворих на хронічний поліпозний синусит і 20 осіб контрольної групи. Стан ННС оцінювали за шкалою Lund-Mackay, інтенсивність ГБ – за НІТ-6 індексом.

В групі практично здорових людей при відсутності ринологічної симптоматики затемнення верхньощелепних синусів на КТ мав кожен четвертий обстежуваний, затемнення решітчастого лабіринту – кожен десятий.

Встановлена слабка кореляція інтенсивності ГБ із затемненням передньої групи ННС у хворих на хронічний ексудативний синусит ( $Sp = 0,28$ ) і задньої групи ННС у хворих на назальний поліпоз ( $Sp = 0,37$ ).

© С.А. Левицька, 2016

*С.А. ЛЕВИЦЬКА (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ СИНУСИТІВ**

Запальні захворювання навколоносових синусів (ННС) відносяться до найбільш розповсюджених захворювань в практиці отоларин-

голога із можливою генетичною детермінантою розвитку. **Метою дослідження** було вивчення впливу точкових мутацій С-511 гена IL-1 $\beta$  і С-

590Т гена IL-4 на формування типу хронічного запального процесу в ННС у дітей.

Об'єктом дослідження була венозна кров 135 дітей: 48 – хворих на хронічний гнійний синусит (ХГС), 52 – на хронічний поліпозний синусит (ХПС), 35 – практично здорових. Концентрацію цитокінів визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу. ПЛР-реакцію проводили із використанням Taq-ДНК-полімерази та специфічних праймерів. Дискримінацію алелей проводили за допомогою специфічних ендонуклеаз рестрикції. Результатами дослідження була ідентифікація «мутантної» АВА-резистентного Т-алеля і «дикого» С-алеля.

Встановлено, що розвиток хронічного запалення в ННС супроводжується зниженням продукції IL-1 $\beta$  на фоні зростання продукції протизапального IL-4. Найнижчий вміст IL-1 $\beta$  у сироватці крові характерний для гнійного процесу, в той час як поліпозний синусит асоціював із найвищим рівнем продукції IL-4.

При дослідженні асоціації між продукцією IL-1 $\beta$  та IL-4 лімфоцитами периферійної крові та генетичним поліморфізмом С-511Т і С-590Т генів IL-1 $\beta$  та IL-4 відповідно встановлено, що наявність тіміну в 511 позиції промоторної зони гена IL-1 $\beta$  асоціювала із збільшенням продукції відповідного цитокіну лімфоцитами, а мутація С-Т в 590 позиції промоторної зони гена IL-4 – із зростанням рівня IL-4 в сироватці периферійної крові.

Аналіз одонуклеотидного поліморфізму С-511Т гена IL-1 $\beta$  серед груп дослідження дозволив виявити переважання «дикого» алелю в обстежуваній популяції (60%). Характерними для контрольної групи були найменша частота зустрічальності С-алеля та зростання частоти зустрічання «мінорного» Т-алеля. У той же час як в групі хворих з хронічним гнійним запален-

ням ННП, так і в групі з поліпозним ураженням ННП, відсоток зустрічальності поліморфного Т-алеля вірогідно зменшувався і становив 32% і 42% відповідно. Домінуючим генотипом серед хворих першої групи був гомозиготний СС-варіант, у той час як частки інших двох – вірогідно меншими. При цьому СС-гомозиготи характеризувалися найнижчим рівнем продукції IL-1 $\beta$ . У хворих другої групи відсоток гомозигот за «диким» алелем зменшувався, натомість зростала частка гетерозигот та гомозигот за «мутантним» Т-алелем.

Аналіз одонуклеотидного поліморфізму С-590Т гена IL-4 серед груп дослідження дозволив виявити «мутантний» Т-варіант у 38%. Характерним для контрольної групи було переважання С-алелю – 76,7%. У групі хворих відсоток зустрічання поліморфного Т-алелю вірогідно збільшувався і становив 34,6%(n=36) і 53,1%(n=51) відповідно. При аналізі окремих груп дослідження виявлено переважання гетерозиготного варіанту як у контрольній вибірці – 42,86% осіб, так і в групах хворих на ХС (ХГС–53,85% і ХПС–77,08%). Частка гетерозигот була вірогідно більшою серед хворих на поліпозне ураження ННП в порівнянні із двома іншими групами.

Збільшення продукції IL-1 $\beta$  лімфоцитами при реалізації запального процесу в ННС може бути пов'язана із наявністю «мутантного» Т-алеля одонуклеотидного поліморфізму С-511Т гена IL-1 $\beta$ . При цьому мінорна Т-алель володіє протективним ефектом щодо розвитку хронічного гнійного запалення (OR=0,27). «Мутантний» Т-алель простого одонуклеотидного поліморфізму С-590Т гена IL-4 асоціює із збільшенням продукції відповідного цитокіну і може свідчити про підвищений ризик розвитку поліпозної форми хронічного синуситу (OR=2,40).

© С.А. Левицька, 2016

*С.А. ЛЕВИЦЬКА (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

## **РОЛЬ НОРМОБІОНТІВ НОСОГЛОТКИ В РОЗВИТКУ ГНІЙНОГО СИНУСИТУ**

Нормобіонти або автохтонна мікрофлора – представники мікроорганізмів, які в фізіологічних умовах заселяють певну екологічну нішу. Проте, переважання одного мікроорганізму в біотопі може бути клінічно значиме, навіть якщо це представник автохтонної мікрофлори. Домінування та інтенсивне розмноження одного представника на фоні пригнічення розвитку інших може викликати інфекційний процес.

Метою дослідження було вивчення ролі колонізації слизової оболонки середніх носових ходів автохтонними резидентами носоглотки у розвитку синуситів у дітей.

У 216 дітей, хворих на гострий (ГГС) і хронічний (ХГС) гнійний синусити, вивчений видовий склад та популяційний рівень порожнинної мікрофлори середніх носових ходів. З 340 виділених штамів мікроорганізмів ідентифіко-

вано 31 штам нормобіонтів. Етіологічними чинниками розвитку ГГС чи ХГС в 20% виявилися представники автохтонної мікрофлори носоглотки.

Останні ідентифіковані у 27(18,49%) дітей із ГГС, та у 20(18,87%) дітей із ХГС. У 4(2,74%) дітей із ГГС мала місце асоціація двох автохтонних мікроорганізмів, у 8(5,48%) – асоціація нормобіонта і ешерихії, у 4 (2,74%) – но-

рмобіонта і золотистого стафілокока. У 16 дітей із ХГС (15,09%) нормобіонт висівався в асоціації із золотистим стафілококом, монокультура виділена в 4(3,77%) випадках.

Зростання частоти асоціацій умовно патогенних мікроорганізмів із нормобіонтами носоглотки при ХГС свідчить про глибоке порушення колонізаційної резистентності слизової оболонки носоглотки.

© С.А. Левицька, 2016

*С.А. ЛЕВИЦЬКА (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ НАЗАЛЬНОМУ ПОЛІПОЗІ**

Запальні захворювання навколоносових синусів (ННС) відносяться до найбільш розповсюджених захворювань в практиці отоларинголога із можливою генетичною детермінантою розвитку.

Метою дослідження було вивчення впливу точкових мутацій С-511 гена ІЛ-1β і С-590Т гена ІЛ-4 на розвиток назального поліпозу.

Об'єктом дослідження була венозна кров 52 хворих на хронічний поліпозний синусит і 35 практично здорових осіб. Концентрацію цитокінів визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу. ПЛР-реакцію проводили із використанням Taq-ДНК-полімерази та специфічних праймерів. Дискримінацію алелей проводили за допомогою специфічних ендонуклеаз рестрикції. Результатами дослідження була ідентифікація «мутантної» АВА-резистентного Т-алеля і «дикого» С-алеля.

Встановлено, що розвиток назального поліпозу асоціював із підвищенням продукції ІЛ-4, але не ІЛ-1β. При дослідженні асоціації між продукцією ІЛ-1β та ІЛ-4 лімфоцитами периферійної крові та генетичним поліморфізмом С-511Т і С-590Т генів ІЛ-1β та ІЛ-4 відповідно

встановлено, що наявність тіміну в 511 позиції промоторної зони гена ІЛ-1β асоціювала із збільшенням продукції відповідного цитокіну лімфоцитами, а мутація С-Т в 590 позиції промоторної зони гена ІЛ-4 – із зростанням рівня ІЛ-4 в сироватці периферійної крові.

Аналіз одонуклеотидного поліморфізму С-511Т гена ІЛ-1β виявив переважання «дикого» алелю (60%). Характерними для контрольної групи були найменша частота зустрічальності С-алеля та зростання частоти зустрічання «мірного» Т-алеля до 42%.

Характерним для контрольної групи було переважання С-алелю (76,7%) і гетерозиготного варіанту генотипу (42,86%) одонуклеотидного поліморфізму С-590Т гена ІЛ-4. У групі хворих відсоток зустрічання поліморфного Т-алелю становив 53,1%, частка гетерозигот - 77,08%.

Зростання продукції ІЛ-4 лімфоцитами при реалізації назального поліпозу може бути пов'язана із наявністю «мутантного» Т-алеля одонуклеотидного поліморфізму С-590Т гена ІЛ-4 і свідчить про підвищений ризик розвитку поліпозної форми хронічного синуситу (OR=2,40).

© С.А. Левицька, 2016

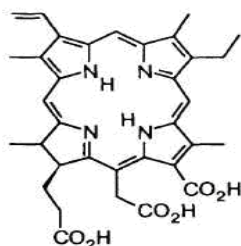
*Е.В. ЛУКАЧ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛОР-ОНКОЛОГІЇ**

Фотодинамічна терапія (ФДТ) – спосіб протипухлинного лікування, що відмінно себе зарекомендував при лікуванні деяких видів рака. ФДТ активно розвивається у багатьох країнах світу.

Перший сеанс ФДТ був проведений в 1903 році професором університету Г. Таппайнером в Мюнхені. Тоді був введений термін фотодинамічна дія. Але метод розвивався повільно. В основному фотосенсибілізатори (ФС) на-

магались використовувати для діагностики рака. Тільки у 70-х роках Г. Догерті в США опублікував результати ФДТ використовуючи світло лазера на барвниках. В якості (ФС) застосовувався гематопорфірін -“фотофрін”. В 90-х роках почався бурхливий розвиток ФДТ. В Україні перші роботи з ФДТ розроблялись і проводились в ІЕПОР ім. З.Є. Кавецького проф. М.Ф. Гамалеєю, в КНДІОЛ, в інституті нейрохірургії та в деяких інших клініках Києва. В останній час як ФС четвертого покоління використовуються ФС хлорінового типу: Foscan (Gb), фотодитазін (РФ), Фотолон (Білорусія). Останній дозволений в Україні.



Хлорін е<sub>6</sub>

Сучасний етап лікування хворих вимагає дотримання протоколів лікування, що базуються на настановах, складених згідно досягнень медичної науки та доказової медицини. У цьому контексті застосування альтернативних методів лікування таких як ФДТ розглядається в плані доцільності, нешкідливості і результативності.

Після публікацій вітчизняних і закордонних клініцистів що показали перевагу ФДТ при деяких злоякісних пухлинах в Японії, США і РФ її ввели в протоколи лікування хворих на рак. Переваги ФДТ були чітко показані проф. Є.Ф. Странадко: ФДТ не має мутагенної дії, тобто вона не визиває генетичних змін в клітинах на відміну від хіміотерапії, що сприяє появі клонів ракових клітин стійких до хіміопрепаратів. Стійкості до ФДТ немає, оскільки синглетний кисень є основним діючим чинником ФДТ. Перевагою також є хороший косметичний ефект після ФДТ. На шкірі після ФДТ залишається ніжний рубець того ж кольору, що і навколишні тканини. Нарешті, фотосенсибілізатори, що застосовуються при ФДТ накопичуються в злоякісних клітинах в більшій концентрації ніж в здорових, тому при освітленні ультрафіолетом або видимим синім світлом у пухлині появляється яскраве червоне свічення, що виявляє осередки пухлини, злоякісні клітини та осередки, які при звичайному світлі невидимі. Ефект терапії обумовлений накопиченням фотосенсибілізатора в тканинах пухлини. Під дією монохроматичного лазерного світла в червоному спектрі відбува-

ється утворення синглетного кисню. Він спричиняє окислення структур клітини пухлини, що приводить до руйнування життєво важливих органел (мітохондрій). Важливо, що процес не торкається основної клітинної матриці. На місці ракових клітин із навколишніх тканин відбувається швидка міграція та вrostання життєвих клітин. Не утворюються виразки та фіброз, як це спостерігається при інших протипухлинних методах.

**Матеріали і методи.** Проведено лікування 6 хворих зі злоякісними пухлинами ЛОР-органів. З них 1 хворий на рак гортані, 4 – на рак ротової частини глотки, одна хвора – з рецидивом базальноклітинного раку носа. Хворий на рак гортані (T0N0M0) - “cancer in situ” був первинний. 4 пацієнти на рак ротової г (T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>) частини глотки мали рецидивні захворювання після комбінованого лікування. Хвора на рак шкіри носа багато разів проводила лікування в різних клініках Києва: променева терапія, криодеструкція, лазерна деструкція пухлини CO<sub>2</sub> лазером. ФДТ ми проводили, застосовуючи фотосенсибілізатор фотолон в дозі 2,5 мг/кг маси тіла. Розчин фотолону в 200 мл фізрозчину вводили внутрішньовенно крапельно протягом 30 хв. Через 3 години в темній кімнаті пухлину опромінювали діодним лазером червоним спектром (660 нм), густиною потужності 300 мВт/см<sup>2</sup>.

Після опромінення хворі також 1 добу перебували в темній кімнаті. Сеанс ФДТ проводили під загальним наркозом. У зв'язку з можливим виникненням набряку слизової оболонки гортані після ФДТ хворому на рак гортані проведена превентивна трахеотомія.

**Результати.** ФДТ сприяла повній регресії пухлини хворого на рак гортані. За 3 роки спостереження ендоскопічне та морфологічне дослідженні рецидиву пухлини не виявило. Таким чином, пацієнт з початковою стадією рака гортані був повністю вилікуваний за 1 сеанс фотодинамічної терапії без хірургічного видалення складки і променевої терапії. Повністю збереглась голосова функція.

Як правило голос після хордектомії – сильний. Сеанси радикальної променевої терапії тривають півтора місяці. Крім того променева викликає негативні зміни навколишніх тканин та гортані і спричиняє ксеростомію. У 4 хворих з рецидивними пухлинами в ротовій частині глотки фотодинамічна терапія сприяла частковому регресу пухлини. Повторні курси ФДТ не проводилися у зв'язку з відмовою пацієнтів. Були застосовані інші методи лікування. Необхідно відзначити, що у хворих на рак ротової частини глотки можливий розвиток набряку слизової оболонки рота та язика. Тому

обов'язково необхідно після сеансу фотодинамічної терапії призначати протинабрякову терапію та знеболюючі препарати. У хворої на рак шкіри носа за 5 тижнів після процедури ФДТ повністю регресувала рецидивна пухлина.

**Висновок.** Фотодинамічна терапія при початкових стадіях раку ЛОР-органів може

бути успішно проведена з хорошими результатами. Рецидивні та занедбані форми пухлин потребують повторних сеансів фотодинамічної терапії. Як альтернативний метод лікування ФДТ може бути рекомендована для протоколів лікування хворих на злоякісні новоутворення.

© Е.В. Лукач, 2016

*Е.В. ЛУКАЧ, Ю.О. СЕРЕЖКО, Є.І. КЛОЧКОВ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ЕНДОСКОПІЧНИЙ ЕФЕКТ ВІДСУТНОСТІ АУТОЛЮМІНІСЦЕНЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ НОВОУТВОРЕНЬ ГОРТАНІ**

Діагностика новоутворень із застосуванням аутолюмінесценції (АЛ) широко застосовується при ендоскопії шлунку, кишечника, трахеї та бронхів і в меншій мірі – верхніх дихальних шляхів. Пухлинна тканина дає ефект відсутності АЛ, що відрізняє її від нормальних тканин, яким притаманна АЛ.

У відділі онкопатології ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було досліджено АЛ при 650 ларингоскопіях у хворих з новоутвореннями гортані та після лікування. Люмінесцентна ендоскопія гортані проводилась за допомогою відеобронхоскопу EVIS Lucera AFI BF-F260 (Olympus, Японія). Використання АЛ ендоскопії досить ефективно при екзофітних і змішаних формах плоскоклітинного раку у первинних хворих. Він дозволяє виявити локальний ендоскопічний ефект відсутності АЛ ракових пухлин і чітко відокремлення їх від неушкодженої тканини гортані.

Це додає інформативності ендоскопічному дослідженню і дозволяє більш чітко візуалізувати рак гортані. Достатньо ефективним є метод АЛ при рецидивах пухлин після операції. Менш виражений ефект відсутності АЛ спостерігається при ендофітній формі раку гортані, що в деякій мірі залежить від глибини розташування пухлини. Слід зазначити, що за цим методом складно відрізнити передраковий стан та гіперпластичні процеси слизової оболонки гортані. Це підвищує відсоток хибно негативних результатів діагностики. Потовщення слизової оболонки при хронічному запаленні так, як і у пролікованих хворих після телегаматерапії, дає широкі поля з ефектом відсутності АЛ.

Таким чином, метод АЛ дає можливість запідозрити пухлину але його слід доповнювати даними анамнезу, клінічної картини новоутворення, КТ дослідженням. Однак, верифікація пухлини може бути лише гістологічною.

© Е.В. Лукач, Ю.О. Сережко, Є.І. Клочков, 2016

*А.В. ЛУПИР (ХАРКІВ, УКРАЇНА)*

### **ФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІПОЗНИМ РИНОСИНУЇТОМ**

Захворювання на поліпозний риносинуйт (ПРС) відноситься до найбільш розповсюджених і постійно зростаючих в загальній структурі патології ЛОР-органів. Враховуючи наявність запального фактору у патогенезі ПРС (адже захворювання є проявом імунного запалення, у розвитку якого провідну роль відіграють різного роду умовно-патогенні мікроорганізми), стано-

вить інтерес оцінки ролі окремих патогенетичних факторів у його розвитку та ефективності використання у протирецидивному лікуванні вакцинації бактеріальною аутовакциною.

**Метою** дослідження стало оптимізація протирецидивної терапії поліпозного риносинуйту шляхом оцінки зв'язків окремих патогенетичних аспектів за допомогою факторного аналізу

та стратифікації ризику розвитку рецидиву після комплексного лікування із застосуванням бактеріальної аутовакцини (вакцинації та ревакцинації) перед оперативним втручанням.

**Матеріал і методи.** Дослідження виконувалося на базі ЛОР-клініки Харківського національного медичного університету, Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» на протязі 2000-2009 рр. у контингенті 300 пацієнтів обох статей з ПРС. Найефективнішою виявилось лікування аутовакциною (вакцинації та ревакцинації) у випадку її використання саме до хірургічного втручання.

Комплексну оцінку даних виконано за допомогою факторного аналізу методом головних компонент з подальшою варимакс-ротацією факторних осей (поворот системи координат таким чином, щоб фактори стали ортогональними, тобто мінімально корелювали один з одним і максимально – з реальними змінними). Критичне значення  $p$ -рівня 0,05.

**Результати та обговорення.** До факторного аналізу було включено 61 перемінну, на підставі взаємозв'язків між якими виділено 6 факторів, які у сукупності пояснювали 53,72 % всієї варіативності емпіричних даних. Беручи до уваги показники, які навантажували найпотужніший фактор 1, він отримав назву «клініко-імунозапальний фактор». Сукупною дією фактора 1 разом з другим за значущістю фактором (фактором 2) пояснювалася майже половина (46,47 %) варіативності показників. Враховуючи перемінні, які входили до складу фактора 2, йому

було дано назву «клініко-патоморфологічний фактор». Фактори 3, 4, 5 і 6 у меншій мірі впливали на варіативність показників, проте, цікавим є те, що їх навантажували певні групи показників. Так, фактор 3, йому дано назву «імунорегуляторний фактор», навантажувався показниками концентрації цитокінів у сироватці крові. З огляду на те, що навантаження фактора 4 включало переважно характеристики етіологічного інфекційного фактора та відповідних клінічних проявів, йому було присвоєно назву «клініко-мікробіологічний фактор». Факторові 5 виявилось властивим навантаження показниками переважно локального імунного та неімунного захисту, за що він і отримав назву «фактор порушення локального захисту». Нарешті, фактор 6 навантажувався здебільшого клінічними, антропомедографічними та епідеміологічними показниками, з огляду на що його було названо «епідеміолого-демографічним фактором».

**Висновки.** В результаті проведеного факторного аналізу встановлено 6 основних факторів, спільною дією яких пояснюється 53,72 % варіативності показників за ПРС. Дією двох найпотужніших факторів («клініко-імунозапального» і «клініко-патоморфологічного фактора») пояснюється 46,47 % змінності показників. Факторні оцінки за найбільш потужним «клініко-імунозапальним фактором» з високим ступенем достовірності відрізняли групи пацієнтів з уперше виявленим ПРС і його рецидивом. Перспективою подальших досліджень є розробка прогностичної дискримінантної моделі доцільності застосування бактеріальної аутовакцини у пацієнтів з поліпозним риносинуситом.

© А.В. Лупир, 2016

*В.І. ЛУЦЕНКО, І.А. БСЛЯКОВА, Н.М. ГРАДЮК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ДОРОСЛИХ З ТЯЖКОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ТА ГЛУХОТОЮ ЗА ДАНИМИ МОВНОЇ АУДІОМЕТРІЇ НА ФОНІ ЗАВАД**

За різними літературними даними кількість людей, що мають зниження слуху становить від 5 до 6 % населення світу. Кохлеарна імплантація є єдиним способом відновлення слухової функції та інтеграції глухих людей у чуюче суспільство. В 2015 році в Україні зареєстровано більше тисячі користувачів кохлеарних імплантатів. Саме тому оцінка ефективності кохлеарної імплантації у дорослих з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою є актуальним завданням. Найбільш інформатив-

ним показником, що визначають ефективність реабілітації даної категорії осіб є розбірливість мови на фоні завад.

Метою роботи було визначення ефективності діагностики та реабілітації порушення слухової функції у дорослих з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою після кохлеарної імплантації.

Обстеження проводилося з увімкненим кохлеарним імплантатом в звукоізольованій камері при рівні навколишнього шуму не більше

35 дБ. Для визначення відсотка розпізнавання слів через акустичну колонку подавались аудіо-записи зі збалансованими мовними тестами (таблиці слів для мовної аудіометрії українською мовою Н.В. Римар, В.Г. Базаров, А.Й. Багмут та «Тест реальной русской речи» Г.І. Грінберга і Л.М. Зіндера). Для визначення впливу маскера на розбірливість мови була використана комп'ютерна програма «Unitron Tru Fit».

Нами було обстежено 9 дорослих з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою до та після кохлеарної імплантації віком від 18 до 20 років (середній вік становив  $18,6 \pm 0,9$  років). Майже всі досліджувані (крім 1 особи) були прооперовані до 18 років. Термін користування кохлеарними імплантатами становив від 2 місяців до 11 років. Серед обстежених було 6 осіб жіночої статі і 3 – чоловічої. У 3 випадках причину зниження слуху встановити не вдалося. В інших шести випадках до зниження слуху призвели черепно-мозкова травма (ЧМТ), введення гентаміцину, генетичні порушення, патологічна вагітність і пологи, менінгіт. У 1 особи було проведено бінауральну кохлеарну імплантацію, у 1 досліджуваної кохлеарний імплантат встановлений на ліве вухо і в 7 – на праве. 5 чоловік користуються імплантатами фірми MedEl і 4 – Cochlear. Термін тривалості глухоти до проведення кохлеарної імплантації становив від 6 місяців до 17 років (в середньому –  $11,9 \pm 3,3$ ). Слуховими апаратами пацієнти ко-

ристувались від 6 місяців до 15 років (в середньому –  $9,5 \pm 2,8$  років).

Висока ефективність кохлеарної імплантації за даними, отриманими при дослідженні у вільному звуковому полі і на фоні завад зареєстрована у одного пацієнта. Цього результату вдалося досягти завдяки тому, що всі реабілітаційні заходи були проведені вчасно і якісно. Пацієнт втратив слух у 15-річному віці після оволодіння мовою. Кохлеарна імплантація була проведена через 6 місяців – у 16-річному віці (до цього було проведено слухопротезування).

Трьох осіб було включено до групи середньої ефективності кохлеарної імплантації за результатами досліджень у вільному звуковому полі, причому у 1 пацієнта на фоні завад не вдалося досягти розбірливості мови. Операція була проведена через  $13,7 \pm 3,0$  років після втрати слуху.

До групи низької ефективності кохлеарної імплантації увійшло 5 осіб, причому троє з них не змогли повторити жодного слова як у вільному звуковому полі, так і на фоні завад. В цій групі час від початку глухоти і до проведення кохлеарної імплантації становив  $13,2 \pm 2,5$  років.

**Висновок:** Для підвищення ефективності кохлеарної імплантації у дорослих осіб з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою необхідне якомога раннє проведення комплексної діагностики і кохлеарної імплантації.

© В.І. Луценко, І.А. Белякова, Н.М. Градюк, 2016

*О.О. МАЗУР, О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, І.Ю. РАДЕВИЧ, Н.Г. КУРУЛЯК  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ**

Проблема хронічного гнійного верхньощелепного синуїту (ХГВС) стосується не тільки отоларингологів, а й інших фахівців, зокрема, пульмонологів та ендокринологів. Провідна роль у формуванні дисбіозу кишківника належить порушенню популяційного рівня біфідо-, лакто- і еубактерій. Нормальна мікрофлора при дисбіозі нездатна в повному обсязі виконувати основні фізіологічні функції. В останні роки набуло поширення використання пробіотичних препаратів при лікуванні осіб з різними запальними та алергічними захворюваннями. Доведе-

но, що відновлення природного мікробіоценозу має імуностимулюючу дію, яка посилює компенсаторні механізми імунологічного захисту організму.

Досліджуваний контингент склали 46 хворих у віці від 19 до 42 років, що знаходились на лікуванні в ЛОР-відділенні обласної клінічної лікарні в 2014-2015 рр. У 26 з них встановлено діагноз ХГВС з ЦД 1-го типу в стадії загострення (основна група), у 20 – загострення ХГВС без супутньої патології (контрольна група). У 22 хворих на ХГВС був встановлений ЦД 1-го типу

середнього ступеня тяжкості, у 4 – важкий ступінь ЦД 1-го типу. Всім пацієнтам було проведено стандартне отоларингологічне обстеження, що включало скарги та анамнез захворювання, передню та задню риноскопію, ендовідеориноскопію порожнини носа і носоглотки, рентгенографію та КТ приносних пазух, загальний аналіз крові та сечі, бактеріологічне дослідження промивної рідини гайморових пазух, бактеріологічне дослідження мікробіоти товстої кишки перед початком та в кінці лікування, аналіз крові для спектрофотометричного визначення молекул середньої маси (МСМ). Реактивну відповідь нейтрофільних гранулоцитів визначали за показниками інтоксикації: лейкоцитарний індекс (ЛІ), модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації Б.А. Рейса (ЛІІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ (ЛШЗЕ), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛГІ) = індекс резистентності (ІР), загальний індекс (ЗІ), ядерний індекс інтоксикації (ЯІ), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ) або нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів і еозинофілів (ІСЛЕ). Для визначення рівня МСМ нами було використано визначення середньомолекулярних пептидів за скринінг-методикою Н. І. Габриєляна (1985). Усі хворі були консультовані ендокринологом та отримували стандартний курс лікування, 16 пацієнтам в комплекс лікування додавали пробіотик Симбітер, 10 хворих отримували лікування без пробіотика. При проведенні рентгенологічного дослідження у 18 хворих виявлено інтенсивне гомогенне затемнення у верхньощелепній пазусі, у 8 – патологічні зміни з рівнем рідини.

Результати мікробіологічного дослідження мікробіоти товстої кишки демонструють, що характерним для мікробіоценозу порожнини товстої кишки хворих на ХГВС з ЦД 1 типу є виражений дефіцит автохтонних облигатних фізіологічно корисних біфідобактерій та лактобактерій. Так, популяційний рівень біфідобактерій знижується на 51,04%, лактобактерій – на 23,46%. Разом з тим, кількість анаеробних грамнегативних бактероїдів та аеробних непатогенних кишкових паличок достовірно збільшується у вмісті порожнини товстої кишки (на 17,59% та 21,49% відповідно). Паралельно із зниженням біфідобактерій та лактобактерій зростає популяційний рівень факультативних умовно-патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів – клостридій, пептококів, протеїв, стафілококів.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що при ХГВС з ЦД 1 типу середнього

ступеню важкості у всіх хворих формується кишковий дисбактеріоз або дисбіоз, основним чином II ступеню (78%) та III ступеню (22%) за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних життєвокорисних бактерій, що негативно впливає на його перебіг. При ХГВС без супутньої патології у більшості хворих 24 (85,5%) також формується дисбіоз кишківника I ступеню, а у 4 хворих (14,5%) дизбіотичних змін не виявлено. У хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу розвивається ендогенна інтоксикація, що пов'язано з порушенням імунної системи та зниженням загальної резистентності організму, що підтверджується динамікою змін інтегральних гематологічних коефіцієнтів та молекул середньої маси.

Так ЛІІ у пацієнтів на фоні ЦД 1-го типу підвищується в 1,7 рази, що на наш погляд пов'язано з достовірним зниженням числа еозинофілів та паличкоядерних нейтрофілів, помірним зниженням лімфоцитів на фоні підвищення сегментоядерних нейтрофілів. Зниження кількості еозинофілів лейкоцитів, що мають дезінтоксикаційну функціональну спрямованість, та лімфоцитів розглядається як ознака пригнічення імунітету.

Показник ІСНМ зростає в 1,5 рази, вказуючи на інтенсивність запального процесу та зниження неспецифічної імунорезистентності, за рахунок, переважно, мікрофагальної ланки при ХГВС з ЦД 1-го типу.

Показник ІСЛЕ зростає в 4 рази, що свідчить про наростання аутоінтоксикації та порушенні імунологічної реактивності у хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу. Динаміку суб'єктивних та об'єктивних даних до та після лікування оцінювали за такими критеріями: погіршення носового дихання, виділення з носа, головний біль, погіршення загального самопочуття, біль у проекції пазух, стан носового дихання, зміни слизової оболонки порожнини носа, характер вмісту носових ходів, характер промивної рідини гайморових пазух.

Отримані результати лікування з системним використанням пробіотика Симбітер у комплексній терапії хворих на ХГВС з ЦД 1 типу за клінічними, бактеріологічними показниками, змінами інтегральних гематологічних показників лейкоцитів периферичної крові та МСМ показують ефективність його лікувальної дії при комплексному використанні не тільки за рахунок безпосереднього впливу на умовно патогенну мікрофлору, а й за рахунок зниження показників ендогенної інтоксикації та стимуляції факторів неспецифічної резистентності.



### ЗМІНИ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЛЕЙКОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ТА МСМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУЇТ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ

Під нашим спостереженням знаходилося 46 хворих у віці від 19 до 42 років, що знаходились на лікуванні в ЛОР-відділенні обласної клінічної лікарні. У 26 з них встановлено діагноз хронічний гнійний верхньощелепний синусит (ХГВС) з ЦД 1-го типу в стадії загострення (основна група), у 20 – загострення ХГВС без супутньої патології (контрольна група). У 22 хворих на ХГВС був встановлений ЦД 1-го типу середнього ступеня тяжкості, у 4-х хворих – важкий ступінь ЦД 1-го типу. Всім пацієнтам було проведено стандартне отоларингологічне обстеження, що включало скарги та анамнез захворювання, передню та задню риноскопію, ендоскопію порожнини носа і носоглотки, рентгенографію та КТ приносних пазух, загальний аналіз крові та сечі, аналіз крові для спектрофотометричного визначення молекул середньої маси (МСМ). Реактивну відповідь визначали за показниками інтоксикації.

Верифікацію діагнозу ендокринологи здійснювали на підставі поглибленого клініко-анамнестичного та лабораторно-інструментального дослідження із використанням критеріїв, запропонованих комітетом експертів ВООЗ. Встановлено, що у всіх досліджуваних хворих перебіг захворювання розгортався на фоні підвищеного вмісту в крові глікозильованого гемоглобіну  $\text{HbA}_{1c}$  ( $10 \pm 0,92$ ). У 3-х обстежених тривалість захворювання до включення в дослідження була менше п'яти років ( $3,48 \pm 0,76$  року), у 9 осіб діабет тривав 6-10 років ( $7,92 \pm 0,76$  року), а в 14 осіб діабет тривав понад 10 років ( $17,30 \pm 1,14$  року).

Для оцінки адаптаційного і загального реактивного потенціалу хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу використані інтегральні гематологічні коефіцієнти: лейкоцитарний індекс (ЛІ), модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації Б.А. Рейса (ЛІР), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ (ІЛШЗЕ), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛГІ) = індекс резистентності (ІР), загальний індекс (ЗІ), ядерний індекс інтоксикації (ЯІ), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ) або нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів і еозинофілів (ІСЛЕ). Для визначення рівня МСМ нами було використано визначення середньомолекулярних пептидів за скринінг-методикою Н.І. Габрієляна (1985).

Одержані цифрові результати клінічних та імунологічних досліджень опрацьовані методами варіаційної статистики. Опрацювання результатів дослідження виконували за допомогою програмного продукту Statistica for Windows 5.0 (StatSoft, USA).

У хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу розвивається ендогенна інтоксикація, що пов'язано з порушенням імунної системи та зниженням загальної резистентності організму, що підтверджується динамікою змін інтегральних гематологічних коефіцієнтів та молекул середньої маси. При хронічному гнійному верхньощелепному синуситі з ЦД 1-го типу зниження неспецифічної імунорезистентності відбувається за рахунок мікрофагальної ланки на фоні дефіциту специфічного імунного захисту.

У хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу розвивається ендогенна інтоксикація, що пов'язано з порушенням імунної системи та зниженням загальної резистентності організму, що підтверджується динамікою змін інтегральних гематологічних коефіцієнтів та молекул середньої маси. Так, ЛІ у пацієнтів на фоні ЦД 1-го типу підвищується в 1,7 рази, що на наш погляд пов'язано з достовірним зниженням числа еозинофілів та паличкоядерних нейтрофілів, помірним зниженням лімфоцитів на фоні підвищення сегментоядерних нейтрофілів. Зниження кількості еозинофільних лейкоцитів, що мають дезінтоксикаційну функціональну спрямованість, та лімфоцитів розглядається як ознака пригнічення імунітету.

Показник ІСНМ зростає в 1,5 рази, вказуючи на інтенсивність запального процесу та зниження неспецифічної імунорезистентності, за рахунок, переважно, мікрофагальної ланки при ХГВС з ЦД 1-го типу.

Показник ІСЛЕ зростає в 4 рази, що свідчить про наростання аутоінтоксикації та порушенні імунологічної реактивності у хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу.

У хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу рівень МСМ становив ( $0,57 \pm 0,04$  ум.од) та був вірогідно вищим порівняно з контролем ( $p < 0,001$ ), а на фоні зниження ЛІ зростає нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт або ІСНЛ, що вказує на зниження неспецифічної імунорезистентності, що відбувається за рахунок макрофагальної ланки на фоні дефіциту неспецифічного імунного захисту.

**РОЛЬ АСОЦІАЦІЙ МІКРООРГАНІЗМІВ У РОЗВИТКУ  
ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУЇТУ  
У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ**

Бактеріологічними та мікологічними методами проведено обстеження видового складу, популяційного рівня та кількісної характеристики асоціантів мікробіоти біотопу порожнини верхньощелепних пазух у 50 хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит з цукровим діабетом 1 типу та 37 хворим на хронічний гнійний верхньощелепний синусит такого ж віку без супутньої патології. У вмісті порожнини верхньощелепних пазух хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, поєднаний з ЦД 1 типу, виділено та ідентифіковано 175 штамів різних видів мікроорганізмів, що відносяться до 24 різних таксономічних груп, які у біотопі формують різні за якісним складом мікробні асоціації, що складаються із 3-х різних видів у 58% хворих, із 4-х видів у 34,0% та із п'яти різних таксонів – у 8,0% хворих.

Хронічний гнійний верхньощелепний синусит у пацієнтів з ЦД 1 типу порушує мікробні асоціації. У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит зростає кількість асоціацій, що складаються з 3-х видів у 2,7 рази, але зменшується на 11,76% кількість асоціацій, що складаються із 4-х видів мікроорганізмів. Кількість асоціацій, що складаються з 5-ти видів у хворих зменшується у 3,5 рази.

Серед найбільш численних асоціацій, що складаються із 3-х видів патогенних та умовно патогенних автохтонних факультативних мікроорганізмів, частіше зустрічаються асоціації наступних представників: *M. catarrhalis*, *S. aureus* і *Bacteroides* spp.; *Prevotella* spp., *S. viridans* і *S. salivarius*; *M. catarrhalis*, *Prevotella* spp. і *S. epidermitis*; *H. influenzae*, *Prevotella* spp. і *S. epidermitis*.

Асоціації, що складаються із 4-х видів виявлені у 34% хворих і складаються з *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *Fusobacterium* spp; *S. pneumoniae*, *E. coli*, *S. aureus* і *Candida*

spp.; *S. pneumoniae*, *E. coli* Hly<sup>+</sup>, *S. viridans* і *Candida* spp.

У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, поєднаний з ЦД 1 типу з тяжким перебігом були наявними асоціації, що склалися із *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *Candida* spp. і *S. epidermitis*; *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *S. epidermitis*; *Bacteroides* spp., *H. influenzae*, *S. pyogenes*, *Enterobacter* spp.; *Bacteroides* spp., *H. influenzae*, *S. pyogenes*, *Candida* spp. Перераховане вище може свідчити про вплив не тільки етіологічного агента, а також і певної асоціації мікроорганізмів на тяжкість перебігу верхньощелепного синуситу, поєданого із ЦД 1 типу.

У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, поєднаний з важким перебігом ЦД 1 типу були виявлені асоціації мікроорганізмів, що склалися із 5-ти видів. Їхній склад був різним, але у всіх був виділений та ідентифікований збудник *S. pneumoniae* у високому популяційному рівні, умовно патогенні облигатні анаеробні бактерії роду *Bacteroides* і *Prevotella*, *Fusobacterium*, стрептококи і золотистий стафілокок.

За індексом постійності та домінування Бергера-Паркера домінуючими збудниками хронічного запального процесу у верхньощелепних пазухах є *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*. Інші бактерії (*S. pyogenes*, *S. aureus*, *E. coli* Hly<sup>+</sup>, *B. fragilis*) являються додатковими або ж випадковими (*E. coli* Hly<sup>+</sup>, *B. fragilis*) збудниками. Всі провідні збудники персистують у біотопі в асоціації. Асоціанти, в залежності від їх ролі у нормобіоценозі, можуть інгібувати патогенетичну активність провідного збудника або ж, навпаки, активувати його патогенетичну роль, що необхідно враховувати при виборі лікувальної тактики.

## АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ

**Введение.** Рецидивирующие и хронические риносинуситы у детей являются патологией довольно распространенной в повседневной практике. Воспалительные заболевания околоносовых пазух, в общем и в частности рецидивирующий и хронический риносинусит у детей описывает трудную главу, и в детском возрасте встречается с частотой 38-42%. Лор-врачи и педиатры употребляют различные методы лечения при риносинуситах, которые все чаще не ведут к выздоровлению и не исключают возможности развития рецидивов. Частые рецидивы ведут к хронизации заболевания, также появлению целого ряда осложнений, чем обуславливают значительные экономические потери и ухудшение качества жизни данных детей. Оценка качества жизни, помогает взглянуть на общую клиническую картину заболевания и включает в себя основную информацию о сфере человеческой деятельности. Качество жизни оценивается по показателям, связанным прямо или косвенно с данной патологией, которое меняется во времени, в зависимости от состояния пациента и проведенного лечения. Таким образом, оценка качества жизни, считается одним из параметров эффективности лечения, параллельно с общими клиническими и параклиническими данными.

**Целью** данной работы является оценка эффективности эндоскопического хирургического лечения, путем проведения анализа качества жизни у пациентов до и послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 120 детей, госпитализированных в ЛОР-отделение Университетской клиники Научно-Исследовательского Института Матери и Ребенка, с рецидивирующими и хроническими риносинуситами, в возрасте 8-17 лет, разделенные на три группы по 40 пациентов в каждой ( $X^2=0$ ;  $p>0,05$ ). Средний возраст пациентов в группе исследования составил 13,9 лет. В зависимости от методов лечения пациенты были разделены на 3 группы. Пациентам 1-й группы (40 детей) был применен стандартный метод эндоскопической хирургии, который предполагает больший объем резекции внутриносовых структур. Пациентам 2-й группы (40 детей) был применен минимально инвазивный метод эндоскопической хирургии, который включает частичную резекцию крючковидного отростка и анатомических структур этмоидального синуса.

Пациентам 3-й группы (40 детей) был применен минимально инвазивный метод эндоскопической хирургии в сочетании с операциями внутриносовых структур (эндоскопическая септопластика, щадящая подслизистая резекция *concha bullosa*, хирургия носовых раковин). В данном исследовании оценивалось качество жизни детей, с рецидивирующими и хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, до и после эндоскопической хирургии. С этой целью, методом случайного отбора, из каждой группы, были выбраны по 20 пациентов, в общей сложности 60 пациентов. Качество жизни оценивали согласно результатам международной анкеты SN-5 (D. Kay, R. Rosenfeld), в который исследуются 5 параметров: инфекция околоносовых пазух, заложенность носа, аллергические симптомы, эмоциональная лабильность, ограничение активности ребенка. Опрашивание пациентов проводилась до и через 6 месяцев после хирургического вмешательства. Тяжесть симптомов заболевания оценивалась до и после оперативного вмешательства, по числовой шкале, от 1-го (никогда не встречались) до 7 (постоянно встречались). В каждом параметре был рассчитан средний балл. Для каждой группы пациентов определялся общий средний балл, который представляет собой, сумму средних баллов всех параметров и отражает степень нарушения качества жизни. Чем ниже общий средний балл, тем лучше качество жизни. Теоретически, общий средний балл по параметрам, варьирует между 5-35. Общий балл между 5-15, указывает на хорошее и очень хорошее качество жизни; между 16-24 – качество жизни сниженное; от 25 и выше – качество жизни оценивается как низкое.

**Результаты.** Анализируя полученные данные, отмечаем, что величина общего балла SN-5 (I-я группа 25,9-13,6; II-я группа 26-12; III-я группа 25,8-11,6), что указывает на значительное улучшение качества жизни, после хирургического вмешательства во всех группах. Данное улучшение было более выражено у пациентов III-й группы, со значимой статистической разницей между группами ( $P<0,05$ ). Выводы. Влияние рецидивирующих и хронических риносинуситов на качество жизни детей, находящихся в группах исследования было значительным и применяемые эндоскопические хирургические вмешательства, особенно в III-й группе иссле-

довании, способствовало повышению качества жизни пациентов, что подтверждается данными статистического анализа, снижением величины

SN-5. Таким образом, влияние риносинуситов на качество жизни является существенным и определенно недооцененным.

© М.К. Манюк, П.И. Абабий, Л.А. Данилов, С.А. Дьякова, Д.И. Киртоакэ, А.И. Диденку, Л.В. Челака, 2016

*М. МАНЮК, ПОЛИНА АБАБИЙ, Л. ДАНИЛОВ, ДИАНА КИРТОАКЭ,  
А. ДИДЕНКУ, ЛАРИСА ЧЕЛАК (КИШИНЕВ, РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА)*

### **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Введение.** Цель исследования: оптимизация тактики эндоскопической хирургии в лечении рецидивирующих и хронических риносинуситов у детей. В исследовании принимали участие 215 детей с рецидивирующими и хроническими риносинуситами в возрасте от 5 до 15 лет. Из них было 140 (65%) мальчиков и 75 (35%) девочек. Критерии включения пациентов в исследование: клинические симптомы персистирующего заболевания после неэффективного консервативного лечения в течение года.

**Материалы и методы.** В зависимости от примененного хирургического метода, пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам 1-й группы (84 детей) с рецидивирующими и хроническими риносинуситами был применен стандартный метод эндоскопической хирургии. Пациентам 2-й группы (131 детей) был применен миниинвазивный метод эндоскопической хирургии, который включает: частичную резекцию крючковидного отростка и структур остиомеатального комплекса. Метод клинического исследования: проспективный, основанный на аналитическом и дескриптивном типе анализа. До операции и в определенные сроки после нее, 150-ти пациентам была произведена акустическая ринометрия. Методика исследования включала определение минимальной площади поперечного сечения: МППС 1 и МППС 2, и объема полости носа (ОПН).

#### **Результаты.**

Оценка результатов лечения была основана на анализе клинических данных, данных эндоскопической картины, показателей функциональных исследований, продолжительности госпитализации, количества рецидивов.

Результаты акустической ринометрии в группе исследования, при первом посещении, минимальная площадь сечения 1, без применения сосудосуживающих средств, составляла:  $0,34 \pm 0,036 \text{ см}^2$ , тогда как минимальная площадь сечения 2, была равна  $0,54 \pm 0,063 \text{ см}^2$ . На 48-й неделе, после хирургического вмешательства, показатели объема носовых полостей были равны  $5,73 \pm 0,031 \text{ см}^3$ . Кроме того площадь поперечного сечения полости носа, у детей в группе исследования, на 48-й неделе, после проведенного хирургического вмешательства, достигла значений ровно, как у здоровых детей.

Критерии излеченности: отсутствие клинических признаков и симптомов заболевания, в течении 36 месяцев. Продолжительность госпитализации в первой группе составила  $6,15 \pm 0,24$  дня и  $4,26 \pm 0,26$  дня во второй группе исследования. Результаты лечения в конце периода наблюдения были: очень хорошие и хорошие в 73,7 % случаев в 1-й группе и 85,7% – во 2-й группе исследования; удовлетворительные – 21% в 1-й группе и 12,4% – во 2-й группе; неудовлетворительные – 5,3% в 1-й группе и 1,9% – во 2-й группе.

#### **Выводы.**

Методом выбора хирургического лечения при хронических и рецидивирующих риносинуситах является эндоскопическая хирургия.

Миниинвазивный подход к выполнению подобных операций имеет значительные преимущества, перед стандартным методом хирургического лечения.

Акустическая ринометрия является достоверным методом оценки результатов внутриносовых эндоскопических операций.

© М. Манюк, Полина Абабий, Л. Данилов, Диана Киртоакэ, А. Диденку, Лариса Челака, 2016

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, А.Ю. БРЕДУН, А.В. ЦИМАР, О.Г. РЫЛЬСКАЯ, И.В. ФАРАОН  
(КИЕВ, ЛЬВОВ; УКРАИНА)*

### **ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА РОТОГЛОТКИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ**

Вопрос о сущности патологических процессов в миндалинах при хроническом тонзиллите и гипертрофии тонзилл у детей до сих пор остается предметом клинико-теоретических дискуссий, о чем свидетельствуют данные международных конференций по проблеме о роли миндалин лимфаденоидного глоточного кольца в организме человека (Sienna, 2006; Zurich, 2013; Одесса, 2016). Согласно мнений одних авторов, гипертрофия небных миндалин (ГМ) рассматривается как промежуточный этап в генезе хронического тонзиллита (ХТ), по другим данным – это два самостоятельных процесса различной патофизиологической направленности (Л.М. Ковалева, 1999; О.Ф. Мельников и соавт., 2000; В.Р. Гофман и соавт., 2005; Brandtzaeg, 2013). Структурной матрицей обоих процессов является лимфо-эпителиальный орган иммунной системы – небная миндалина, основной задачей которой является формирование защитно-адаптационных реакций локального и системного характера иммунологическими механизмами. Отклонения в работе защитных механизмов глоточного кольца находят отражение в показателях локального иммунитета в смешанной слюне (СС), слезной жидкости (СЖ) и

жидкости зубодесневой борозды. Для выявления возможных отличий в локальном иммунном статусе были проведены исследования по определению защитных факторов РС и СЖ (секреторный IgA, дефензин-β, α и γ-интерфероны, лактоферрин), факторов воспаления (MIP-1β, интерлейкин-1α, α1-ингибитор протеаз, IgG), сенсibilизации (LIF, IgG4, IgE к микробным аллергенам).

Обследовано 62 человека в возрасте от 3 до 8 лет, из которых было 12 здоровых детей (контрольная группа), 26 детей с хроническим тонзиллитом (ХТ) и 24 – с гипертрофией небных миндалин (ГМ) 2 степени. РС и СЖ получали в соответствии с методическими рекомендациями Института отоларингологии НАМН Украины (2008).

Общими (интегральными) показателями у детей с ХТ и ГМ были снижение уровня защитных факторов преимущественно врожденного иммунитета, наличие сенсibilизации к микробным антигенам. При этом следует подчеркнуть, что изменения в СЖ и РС были идентичными. Все исследованные показатели при ХТ и ГМ отличались с различной степенью достоверности от показателей РС здоровых детей.

© О.Ф. Мельников, А.Ю. Бредун, А.В. Цимар, О.Г. Рыльская, И.В. Фараон, 2016

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Д.Д. ЗАБОЛОТНАЯ, Т.Ю. ВАСИЛЕНКО, О.Г. РЫЛЬСКАЯ,  
А.Д. ПРИЛУЦКАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **ИММУНОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА BNO 101 ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ РИНИТОМ**

В настоящее время одной из главных причин хронизации острых воспалительных процессов в слизистых оболочках организма человека признается наличие иммунной недостаточности, среди проявлений которой недостаточность защитных факторов локального иммунитета является наименее изученной (О.Ф. Мельников и соавт., 2004, 2012; Г.Н. Дранник и соавт., 2006, 2009; Р.И. Сепиашвили, 2012). В механизмах действия противовоспалительных препаратов и, особенно, фитопрепаратов боль-

шое внимание уделяется исследованию их иммунокорректирующих свойств.

В настоящем сообщении представлены обобщенные данные по изучению иммуномодулирующего действия препарата BNO 101 (Синупрет), который с успехом применяется при лечении ринитов, на уровень регуляторных цитокинов в периферической крови, которые имеют достоверные отклонения от показателей нормы (Д.И. Заболотный, М.М. Кобицкий, 2002; О.Ф. Мельников, Н.А. Пелешенко, 2007). Обследован

21 человек, болеющий хроническим катаральным ринитом (ХКР) до начала лечения с применением фитопрепарата, 10 человек из этой группы лечились по стандартной методике и 11 с использованием еще и препарата BNO101. Кроме того, у 12 человек без патологии со стороны ЛОР органов исследовали в сыворотке крови те же параметры, что и у больных ХКР до и через 10 дней после окончания лечения, а именно: соотношение провоспалительного интерлейкина 1 (ИЛ1) и противовоспалительного интерлейкина 10 (ИЛ10), проаллергического интерлейкина 4 (ИЛ4), гамма интерферона (гИФ) как функционального антагониста ИЛ4, а также исследовали уровни иммуноглобулинов классов M, G, A, E. Применяли иммуноферментные наборы фирмы Хема Медика и НИИВС (РФ) и ридер Stat Fax 2100 (США).

Установлено, что при ХКР в крови больных имеет место изменение соотношения про и противовоспалительных цитокинов и комплексная терапия с применением Синупрета сопровождалась снижением провоспалительного ци-

токина в сыворотке крови и увеличением противовоспалительных цитокинов (ИЛ10). Кроме того, при комбинированном лечении с применением фитопрепарата происходила нормализация соотношения гИФ/ИЛ; в сторону увеличения гИФ, что, по современным взглядам, является прогностически благоприятным признаком (Г.Н. Дранник и соавт., 2009, 2015; О.Ф. Мельников и соавт., 2012, 2013). Использование Синупрета в дополнение к базовой терапии больных ХКР способствовало также снижению в крови больных ХКР уровня IgM и IgE, которые было более высокими по сравнению с группой контроля.

Одним из ведущих направлений в дальнейшем познании механизмов действия исследованного фитоиммунomodулятора BNO101 является определение его влияния на факторы врожденного иммунитета в слизистой оболочке дыхательных путей, чему в настоящее время уделяется большое внимание (А.Е. Абатуров и соавт., 2006; Williams et al., 2006; Bogefors, 2012).

© О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная, Т.Ю. Василенко, О.Г. Рыльская, А.Д. Прилуцкая, 2016

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, О.Г. РЫЛЬСКАЯ, А.И. КАМИНСКАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **ИМУПРЕТ КАК ФИТОИММУНОМОДУЛЯТОР С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ**

Клинические исследования, проведенные в последние десятилетия, показали, что Имупрет является одним из эффективных препаратов с противовоспалительным действием, применяющихся преимущественно в отоларингологии (Ю.В. Митин, 2001; В.В. Березнюк, 2002; Н.А. Пелешенко, 2009). Несмотря на то, что в предписании использования этого препарата имеются ссылки на его иммуномодулирующее действие, нами не обнаружено достоверных базовых исследований, которые бы свидетельствовали о выраженном иммуномодулирующем действии препарата. По нашим сведениям, имелись отдельные исследования клинко-иммунологического плана, свидетельствующие о том, что после приема препарата у больных с острыми респираторными инфекциями, хроническими заболеваниями глотки существенно улучшаются некоторые показатели системного иммунитета (Л.С. Овчаренко и соавт., 2005), а также отмечено, что препарат способен модулировать уровень иммунных реакций клеток миндалин при культивировании *in vitro* (О.Ф. Мельников и соавт., 2005, 2008, 2013).

Отсутствие достаточного количества исследований об иммуномодулирующих свойствах препарата Имупрет дало обоснование для проведения исследований, направленных на выяснение иммуномодулирующего влияния препарата в широком спектре иммунологических реакций в норме и при иммунодефицитных состояниях в условиях эксперимента и клиники.

При экспериментальных исследованиях *in vitro* проводили сравнение по иммуномодулирующему влиянию на клетки миндалин с известными фитопрепаратами, такими как Иммунал (Lek, Словения), Протефлазид (Экофарм, Украина), Эхинацея композитум (Heel).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что Имупрет и, в меньшей мере, Протефлазид стимулировали экспрессию на тканевых лимфоцитах CD56, при этом препарат BNO 10 30 проявлял активность в более широком диапазоне разведений.

Препарат Имупрет не оказывал угнетающего влияния на фагоцитарную активность и стимулировал только при определенных концентрациях. Проведенные исследования позво-

ляют полагать, что иммуномодулирующая активность Имупрета *in vitro* связана, в основном, с влиянием растительных компонентов препарата на филогенетически древние клеточные механизмы неспецифической защиты: естественные цитотоксические клетки (NK и К-киллеры) и фагоциты, обеспечивающие эти клеточные механизмы, в значительной степени формируют противоопухолевую и противовирусную резистентность организма. В свете этих данных применение Имупрета может быть значительно расширено как лечебное и профилактическое при широком спектре заболеваний и не должно ограничиваться только уровнем лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. По широте иммуномодулирующих влияний на тканевые лимфоциты и клетки других типов *in vitro* Имупрета существенно превосходил препараты сравнения.

Подтверждением возможных иммуномодулирующих влияний являются и исследования, проведенные в условиях *in vivo* на лабораторных крысах Вистар по изучению антителогенеза, естественной киллерной активности и клеточности лимфоидных органов. Эти исследования были проведены на группах интактных и иммунодефицитных животных. Иммунодефицит моделировали однократным внутри брюшинным введением эндоксана в дозе 50 мг / кг массы. Было установлено, что препарат Имупрет существенно активировал антителогенез в селезенке животных, способствовал увеличению деструктивной активности ЕЦК крови.

Наряду с экспериментальными были проведены клинико-иммунологические исследования по определению уровня активности ЕЦК крови больных, содержания в сыворотке крови лактоферрина и некоторых цитокинов (интерферон-гамма (ИФН-γ), интерлейкин-1 (ИЛ1)) до и после операции (тонзилэктомия, аденотомия) при приеме Имупрета в послеоперационном периоде. Исходный уровень активности ЕЦК крови был снижен у 50% обследуемых (52 челове-

ка) и составлял в среднем 18,5%, что почти в 2 раза ниже уровня значений у практически здоровых доноров. Включение в комплексную терапию препарата Имупрета приводило к повышению активности ЕЦК (М~ 27,5%), снижению уровня лактоферрина, как белка острой фазы воспаления, нормализации уровней ИЛ-1 (провоспалительный цитокин), повышению содержания в сыворотке ИФН-γ. Кроме того, применение препарата при хирургическом лечении больных хроническим тонзиллитом способствовало снижению уровня фактора стресса – кортизола в крови, что позволяет предполагать наличие в действии препарата адаптогенных свойств.

Таким образом, проведенные исследования как *in vitro* так и *in vivo* свидетельствуют о наличии у фитопрепарата иммуномодулирующих свойств. Эти свойства проявляются как в отношении факторов врожденного (естественная цитотоксическая активность и фагоцитоз), так и приобретенного (стимуляция антителогенеза) иммунитета. Полученные данные подтверждают данные изготовителя о наличии у препарата иммуномодулирующих свойств и дополнительно открывают перспективу использования фитопрепарата в качестве иммуномодулятора широкого спектра действия при инфекционно-воспалительных заболеваниях и вторичных иммунодефицитах различного генеза. Однако конкретные механизмы влияния препарата Имупрет на процессы иммуногенеза остаются во многом неизвестными и нуждаются в дальнейших исследованиях.

Представленные результаты исследований с учетом полученных нами ранее данных об иммунореабилитационном характере действия Имупрета у животных с химически индуцированным иммунодефицитом (О.Ф. Мельников и соавт., 2006) свидетельствуют о том, что Имупрет является эффективным фитоиммуномодулятором с выраженным дозозависимым характером действия, с отсутствием выраженного иммуносупрессорного влияния.

© О.Ф. Мельников, О.Г. Рыльская, А.И. Каминская, 2016

### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА РИНИТАЛ ПРИ РИНИТАХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ**

Показано, что препарат Ринитал при приеме в период сезонного аллергического насморка, а также у больных круглогодичным аллергическим ринитом способен снижать уровень аллергических проявлений клинического плана (Д.И. Заболотный и соавт., 2009, 2014). Кроме того, известно, что при приеме препарата у больных в крови снижается уровень гомоцитотропных антител класса Е, а у животных при формировании модельной аллергии немедленного типа в органах дыхания снижается уровень сенсибилизации к аллергену, использованному для моделирования аллергии (О.Ф. Мельников и соавт., 2007; Т.В. Маляренко, 2012). Наряду с этим, в патохимической стадии аллергического воспаления существенную роль в снижении проявлений патологических признаков может играть стабилизация мембранных структур клеток с биологически активными веществами (БАВ), при которой существенно снижается их «выброс» из клетки и, следовательно, их взаимодействие с окружающими тканями и клетками, а также следствием таких взаимодействий является существенное изменение проницаемости сосудов.

Поскольку эти свойства препарата Ринитал исследованы мало, целью нашего экспери-

мента было определение *in vitro* мембранопротекторных свойств препарата при воздействии на тучные клетки (тканевые базофилы) животных неспецифического дегранулятора, а также исследование противоотечных свойств препарата в эксперименте *in vivo*. Моделирование процессов и оценка результатов проводились в соответствии с рекомендациями, изложенными О.Ф. Мельниковым и соавторами (2015).

Было установлено, что в условиях *in vitro* препарат более чем в 2 раза снижал выброс БАВ под действием неспецифического дегранулятора, что свидетельствует о существенном потенциальном вкладе препарата в противовоспалительные механизмы действия. В условиях *in vivo* Ринитал уменьшал проявления каррагинанового отека стопы крыс на 80%, что согласно дальнейшего анализа было не связано с изменением локальной температуры, а обусловлено изменением сосудистой проницаемости. Выявленные в условиях эксперимента выраженные противовоспалительные эффекты препарата позволяют рекомендовать его при воспалительных процессах в слизистой оболочке верхних дыхательных путей как с наличием аллергического механизма генеза воспалительного процесса, так и без него.

© О.Ф. Мельников, Д.И. Заболотный, Г. Шмидт, С.В. Тимченко, 2016

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, С.В. ТИМЧЕНКО, В.М. ПИСАНКО, Б.М. МИРОНЮК,  
І.В. ФАРАОН, Л.А. КУДЬ, М.Д. ТИМЧЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІТИННОГО СКЛАДУ РОТОГЛОТКОВОГО СЕКРЕТУ У ДІТЕЙ ДО ТА ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ АДЕНОЇДІВ**

Відомо, що ряд захворювань верхніх дихальних шляхів супроводжується у хворих помітними змінами клітинного складу ротоглоткового секрету (РС). Здебільшого суттєві зрушення виявляються зростанням відсоткового вмісту в РС лімфоцитів (Лф).

Мета роботи – оцінити клітинний склад РС у дітей до та після видалення у них аденоїдних вегетацій.

Досліджено РС 7 дітей, яким хірургічним шляхом за медичними показаннями видаляли аденоїди. Матеріал у них брали двічі: до опера-

ції та через 7-9 діб після неї, до завершення процесу реепітелізації. Зразки отримували зранку натщесерце без попереднього чищення зубів та ополіскування ротової порожнини. З клітинного осаду РС робили мазки, які забарвлювали за Паппенгеймом-Крюковим і під світловим мікроскопом при збільшенні 400X визначали відносний клітинний склад РС. Статистичну обробку результатів проводили з використанням непараметричного критерію Манна-Уїтні (U).

Показано, що у всіх пацієнтів у мазках РС, зроблених до операції, спостерігається сут-



тево ( $p_U < 0,01$ ) більший відсоток Лф, ніж після оперативного втручання. Таким чином, показано, що видалення гіпертрофованої тканини аде-

ноїдів сприяє зменшенню вмісту Лфу РС, тобто аденоїди можуть бути джерелом надходження Лф до РС.

© О.Ф. Мельников, С.В. Тимченко, В.М. Писанко, Б.М. Миронюк, І.В. Фараон, Л.А. Кудь, М.Д. Тимченко, 2016

*Т.Г. МИЛОЧЕНКО, Д.И. БЕЗБАХ (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА У ТРАНССЕКСУАЛОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГОРТАНИ**

Транссексуализм представляет собой нарушение половой идентичности, когда индивидум ощущает себя психически принадлежащим к противоположному полу.

Хотя литература по транссексуализму имеется в большом количестве, но мало публикаций посвящено логопедическому «лечению» транссексуалов. Под нашим наблюдением находилось 5 мужчин, которые хотели поменять свой пол на женский. Эти пациенты были с ампутацией полового органа. Их возраст варьировался от 25 до 37 лет. Трое юношей в возрасте 17-20 лет, которые не желали хирургического вмешательства на голосовых складках, ни удаления fallos-a, но хотели поменять голос на женский.

Работа с пациентами по реабилитации голоса проводилась в несколько этапов. Пер-

вый этап – проводился по схеме предложенной Andrews M. (Эндрюс М. ответы на вопросы). Второй этап – включает в себя занятия по выработке женских навыков (мимика, позы, ходьба, улыбка, женский тип артикуляции, дыхание). Третий этап – работа по степени открытия рта, т.к. доказана зависимость частоты колебаний голосовых складок от искусственного изменения в ротовой полости. Четвёртый этап – работа над голосом. Во время занятий необходимо было получить низкий женский голос «альт» – 145 Гц. В работу включались звуки средней частоты с переходом к звукам высокой частоты.

По методике Мелани Энн Филлипс мы у пациентов достигали фальцетного звучания голоса двумя способами.

© Т.Г. Милоченко, Д.И. Безбах, 2016

*Т.Г. МИЛОЧЕНКО, Б.И. ПАВЛЫК (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГОРТАНИ. РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ**

По данным Черешкина Д.Г., у 80% больных начальные признаки опухоли появляются в первые пять лет жизни, а наиболее часто (около 20%), дети заболевают на втором году жизни. У детей заболевание характеризуется частыми рецидивами. В случае рецидивов папиллом возникает необходимость их повторного удаления. Результатом многочисленных вмешательств являются осложнения в виде рубцовых деформаций голосовых складок, возникновение синехий и мембран, отсутствие голоса.

Мы приведём ряд примеров восстановления голоса методом речевой фонопедии у паци-

ентов, которые оперировались с детства по 10 и более раз, и с детства общались шёпотом.

Пациент К., 21 г., в течении 15 лет (после первой операции в 6-и летнем возрасте) общался шёпотом. Оперировался ежегодно. Последняя операция была произведена в Институте отоларингологии 18 октября 2015 г. После операции голос отсутствовал. К фонотерапии приступили через 10 дней, используя компьютерную программу «Живой Звук», адаптированную к работе над голосом.

Пациентка И., 18 лет. Рецидивирующий папилломатоз гортани. Оперировалась с 2 лет. В

течение 16 лет общалась шёпотом. Последняя операция произведена в Институте отоларингологии. Голос отсутствовал. Через 1 мес. приступили к фонотерапии. Голос восстановлен, сейчас она – студентка мед. университета г. Днепропетровска.

Видеозапись операции и восстановления голосовой функции можно посмотреть на сайте канала «СТБ» - передача «Я соромлюсь своего тіла».

© Т.Г. Милоченко, Б.И. Павлык, 2016

*М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

### **НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОВОЛНЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ**

Проблема терапии больных вазомоторным ринитом (ВР) в настоящее время остается все также актуальной. В структуре заболеваний полости носа, он является одним из распространенных, встречается в любом возрасте и поражает до 30% работоспособного населения. В основе патогенеза сосудистого ринита лежит общая и местная вегетативная дисфункция, проявляющаяся вазомоторной дистонией, нарушением кровообращения, капиллярной проницаемости, что приводит к стойкой вазодилатации сосудов и отеку нижних носовых раковин. Такие больные вынуждены регулярно пользоваться местными адреномиметиками, что нарушает функции слизистой оболочки полости носа и вызывает развитие медикаментозного насморка. Также к причинам развития ВР относятся аномалии полости носа: искривления, шипы, гребни перегородки носа, аденоиды. К гиперреактивности слизистой оболочки носа, кроме аллергического воспаления, могут привести воспаление крылонебного узла, эндокринная патология, приём противозачаточных таблеток, гипотензивных средств и др.

Существует множество методов консервативного и хирургического лечения ВР. Прошло время радикальных операций с тотальной конхотомией нижних носовых раковин, аппликационной криодеструкции, гальванокаустики, диатермокоагуляции их слизистой оболочки. Отдается предпочтение малоинвазивным функциональным подслизистым вмешательствам на раковинах. Они позволяют сохранить мукоцилиарный клиренс полости носа и восстановить дыхательную функцию. С этой целью используют различные физические методы: УЗД, криовоздействие, лазерная коагуляция. Из хирургических – вазотомия, подслизистая остеоконхотомия, шейверная вазодеструкция нижних носовых раковин.

Все эти способы имеют свои преимущества и недостатки. У нас в клинике для коррек-

ции объёма нижних носовых раковин, в течение 10 лет, используется аппарат CelonENT (Германия), который предназначен для биполярной радиочастотной термотерапии в оториноларингологии.

Преимущества используемого метода состоит в следующем: оптимальная коагуляция - без кровотечения, что позволяет не производить тампонаду по окончании операции; интерстициальная форма терапии – эпителий носовых раковин остается интактным, автоматическое определение зоны коагуляции; биполярные электроды – нет разряда электрода на пациента; максимальный комфорт для пациента – быстрая процедура: 10-15 с. Всё это позволяет производить этот вид вмешательства в амбулаторных условиях.

Под нашим наблюдением находилось 825 больных вазомоторным ринитом обоего пола, в возрасте от 18 до 52 лет, из них у 550 – ВР был сопряжен с искривлением перегородки носа.

Больным с деформацией перегородки носа производилась септопластика, после этого – подслизистая радиочастотная термоабляция нижних носовых раковин биполярным электродом CelonProBreath, мощность от 13 до 15 Вт в условиях стационара.

При ВР без искривления перегородки носа вмешательство производилось амбулаторно. Пациенты не нуждались в тампонаде и отпускались домой.

При ВР, без деформации перегородки, носовое дыхание восстанавливалось в среднем, через 7-10 дней. У больных перенесших септопластику и радиочастотную термоабляцию нижних носовых раковин – через 10-14 дней. При наблюдении больных в отдаленные сроки – от 1 до 3 лет, после проведенного лечения, стойкий эффект наблюдался практически у всех пациентов.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что использование аппарата CelonENT для лечения больных с нейровегета-

тивной формой ВР является перспективным методом терапии, вследствие его малоинвазивно-

сти, отсутствия кровотечения и стойкости клинического эффекта.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2016

*М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

## **ПРИНЦИПЫ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА**

Полипозный риносинусит является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний ЛОР-органов. В этиопатогенезе данной патологии ведущую роль играют следующие факторы:

1. Хроническое инфицирование слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и аномалии развития остиомеатального комплекса приводят к развитию полипозно-гнойной формы синусита.

2. Иммуно-метаболические нарушения, возникающие вследствие аутоаллергии к слизистой оболочке полости носа и ОНП, способствуют развитию диффузного полипоза. Нередко такой полипоз сочетается с бронхиальной астмой и непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов, что свидетельствует о едином механизме развития этих заболеваний.

3. Грибковое поражение слизистой оболочки ПНС вызывающее аллергическую эозинофильную реакцию с последующей полипозной гиперплазией. Помимо распространенного полипоза такой процесс характеризуется наличием большого количества вязкого отделяемого и деструкцией костных структур.

4. Различные аэродинамические нарушения, связанные с патологическим строением внутриносовых структур (шипы, гребни перегородки носа, вазомоторный ринит и др.) приводят к развитию антрохоанальных полипов.

5. Врожденная недостаточность мукоцилиарной транспортной системы также сопровождается развитием полипозных процессов.

В нашей клинике осуществляется дифференцированный подход к лечению больных полипозным риносинуситом в зависимости от этиопатогенеза заболевания. Хирургические вмешательства проводятся под эндоскопическим контролем с использованием дебридера с соблюдением концепции функциональной синус-хирургии.

При гнойно-полипозной форме синусита мы проводим полипотомию с экономной резек-

цией клеток решетчатой кости, ревизией лобного кармана, соустьев с верхнечелюстной и основной пазухой, создавая адекватные пути оттока патологического отделяемого из пазух и их аэрации. В послеоперационном периоде для промывания синусов используем антибактериальные средства с учетом чувствительности патогенной микрофлоры.

При распространенных полипозных синуситах, производим полипосинусотомию, задача, которых состоит в восстановлении носового дыхания и создании условий для проникновения лекарственных средств в ОНП в послеоперационном периоде. С целью предупреждения рецидива полипоза проводим курс терапии с применением топических кортикостероидов, антигистаминных и антилейкотриеновых препаратов.

При лечении грибковых аллергических синуситов в послеоперационном периоде используем системные и топические кортикостероиды, препараты с антимикотической активностью и муколитики для промывания полости носа и ОНП методом перемещения – мирамистин, бетадин, октинисепт. Для улучшения трофики тканей и репаративных процессов также используем лазерное излучение красного диапазона, обладающее и гипосенсибилизирующим действием.

При аэродинамических нарушениях в полости носа, после удаления антрохоанального полипа и его кистозной части, восстанавливаем её нормальную архитектуру – производим корригирующие операции на перегородке носа и носовых раковинах.

Проводя дифференцированный подход в лечении полипозного риносинусита с использованием в послеоперационном периоде этиотропных медикаментозных средств и физиотерапевтических методов воздействия, нам в большинстве случаев удаётся удлинить периоды между рецидивами при сочетанной патологии или же, при локальном процессе – достичь стойкой ремиссии.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, 2016

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

Переломы стенок лобных пазух являются частой патологией при травмах лицевого скелета. В настоящее время эта проблема остается актуальной, т.к. травмы данной локализации приводят не только к формированию косметического дефекта, но осложняются инфицированием пазухи с возможным распространением гнойного процесса в полость черепа. Это может угрожать не только здоровью, но и жизни пациента. При переломах стенок лобных пазух в процесс может вовлекаться передняя, задняя, нижняя стенка, либо комбинированные переломы. Наиболее часто, согласно наших наблюдений, повреждается передняя стенка лобной пазухи. В большинстве случаев возникают компрессионные переломы с вдавлением отломков в просвет пазухи.

В Херсонской областной клинической больнице в отделении челюстно-лицевой хирургии нами наблюдалось 10 пациентов с переломами костей лицевого скелета и повреждением стенок лобных пазух (без повреждения задней стенки). При травмах костей лицевого черепа наиболее достоверным диагностическим методом для определения объема повреждения является компьютерная томография. Данное обследование производилось всем пациентам.

Оперативное лечение проводилось челюстно-лицевым хирургом совместно с врачом-отоларингологом. Был выполнен коронарный доступ. Производилась ревизия лобной пазухи, удаление патологического содержимого, поврежденной слизистой, мелких костных фрагментов, обязательная оценка проходимости лобно-носового канала. Неповрежденная слизистая не удалялась. Выполнялась фиксация костных

фрагментов между собой и с неповрежденной костью с помощью титановых микропластин с кортикальными микровинтами.

У 1 пациента было обнаружено повреждение в области лобно-носового канала с нарушением его проходимости. Произведено расширение канала с установкой дренажной трубки сроком в 21 день с регулярным промыванием пазухи.

У 9 пациентов повреждения касались исключительно передней стенки. Область лобно-носового канала интактна. Комбинированных повреждений не наблюдалось. Данной группе пациентов дренаж не устанавливался. У 2 пациентов в послеоперационном периоде отмечался отек в полости носа, производилась анемизация слизистой и ревизия соустья с пазухой эндоназально по методу Лансберга в послеоперационном периоде.

Всем пациентам была назначена антибиотикопрофилактика и антибактериальная терапия в послеоперационном периоде на срок не менее 7 дней, назальные деконгестанты. Всем пациентам через 7 дней и через 2 месяца после оперативного лечения производилась контрольная компьютерная томография. Жидкостного содержимого в пазухе выявлено не было. Гнойных осложнений не наблюдалось.

**Вывод:** при проведении оперативного вмешательства у пациентов с травмой лобной пазухи без нарушения проходимости лобно-носового канала при выполнении тщательной ревизии пазухи, назначении антибактериальной терапии и обеспечении адекватного носового дыхания в послеоперационном периоде без установки дренажной трубки в соустье пазухи-носовых осложнений не наблюдалось.

© Р.Н. Падалка, А.О. Товстокорый, А.Н. Черняк, В.Е. Лецко, В.Н. Немой, 2016

*В.В. ПАЛАМАРЧУК, В.М. ПАШКОВСЬКИЙ, П.М. СТОРОЖЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ХАРЧОВОЇ ОНКОПРОФІЛАКТИКИ У ЛОР-ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Збільшення числа онкологічних, серцево-судинних захворювань, порушень обміну речовин та функцій органів травлення певною мірою зумовлено харчуванням.

Синдром недостатності харчування включає: втрату або збільшення маси тіла, ожиріння, низьку масу м'язової і жирової тканини, шкірні подразнення, імунodefіцит, тривале заживлення

ран, апатію, дезадаптивні стани та інше. Тож необхідне збалансоване харчування, компоненти якого легко засвоюються і повністю забезпечують ослаблений організм повноцінним раціоном.

Нами вивчалась клінічна ефективність суміші «Берламін-Модуляр» виробництва «Берлін-Хемі» (Німеччина) в якості додаткового ентерального харчування у 20 хворих із злоякісними пухлинами верхніх дихальних шляхів. Ця суміш як для перорального, так і зондового харчування відповідає всім вимогам ВООЗ: кращий білковий склад, входять всі незамінні амінокислоти, жирні кислоти, вуглеводи, макро- і мікроелементи, відсутність лактози, сахарози і фруктози, глютену, холестерину і пуринових речовин.

Слід пам'ятати, що канцерогени не тільки надходять до організму ззовні, а й утворюються в кишківнику при дії бактерій на компоненти

перетравленої їжі. Насичуючи раціон продуктами з антиканцерогенною активністю, слід використовувати рослинну клітковину для отримання харчових волокон, які зменшують питому вагу жирів у раціоні, оптимізуючи при цьому режим харчування. Так, кислотний гідролізат ДНК із зародків пшениці пригнічує ріст пухлинних клітин. Схожий ефект виникає при дії водного екстракту із проростків кукурудзи. Додатково насичувати раціон соєвою олією, яка має найбільш ефективне співвідношення незамінних жирних кислот, служить важливим фактором антихолестеринової дії як джерело фосфоліпиду лецитину. Науково обґрунтовані факти протипухлинної дії висівок пшениці обґрунтовано лише тепер, хоча радив застосовувати їх ще Гіппократ. Доведено, що саме харчування значною мірою впливає на тривалість життя людини.

© В.В. Паламарчук, В.М. Пашковський, П.М. Стороженко, 2016

*В.В. ПАЛАМАРЧУК, В.М. ПАШКОВСЬКИЙ, П.М. СТОРОЖЕНКО, В.Ю. СТАРЧЕНКОВ  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ЕЛЕМЕНТИ МЕТОДОЛОГІЇ СИСТЕМНОЇ ТА РЕГІОНАРНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ В ОНКОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ**

Вдосконалення новітньої технології хірургічного лікування (краніо-фасціальні резекції, використання кобляції, електрозварювання тканин та ін.), променевого лікування лінійним прискорювачем, кібер-ножем потребує вибору найбільш ефективної методології хіміотерапії в комплексному лікуванні ЛОР-онкологічних хворих. За способом введення протипухлинних препаратів виконується системний регіонарний та локальний метод застосування онкологічних ліків.

1. Системне введення (пероральним, підшкірним, внутрішньовенним, внутрішньом'язовим, ендолімфатичним шляхом).

2. Регіонарне введення (ендолімфатичним, внутрішньоартеріальним шляхом у судини, що живлять пухлину).

3. Локальне введення шляхом обколювання ложі пухлини або аплікацією на поверхню новоутворення (мікродозова платинотерпія, мікродозова таргетна терапія анти-СД-95 моноклональними антитілами).

З понад десятка головних варіантів комбінації хіміотерапії при лікуванні ЛОР-онкологічних хворих слід виділити найефективніші:

1. Хіміотерапія як самостійний спосіб лікування використовується з паліативною метою

у деяких первинних хворих із занедбаними злоякісними новоутвореннями верхніх дихальних шляхів для досягнення ефекту стабілізації пухлинного росту.

2. Індуктивна хіміотерапія – проведення одного курсу хіміотерапії безпосередньо перед променевою терапією або хірургічним втручанням.

3. Адьювантна хіміотерапія - проведення хіміотерапії безпосередньо після променевої терапії або операції.

4. Термін «неоадьювантна хіміотерапія» вказує на тип протипухлинної терапії, який використовується як первинний метод лікування хворих для підвищення можливостей наступного хірургічного або променевого втручання, а також для раннього впливу на мікрометастази.

5. Симультативна або конкомінатна хіміотерапія – одночасне проведення променевої терапії та хіміотерапії або хірургічного втручання та хіміотерапії. В клінічній практиці ЛОР-онкології цей ефект особливо виражений при використанні мікродозової платинотерапії, мікродозової аплікаційної анти-СД-95 таргетної терапії.

6. Високодозова хіміотерапія істотно може підвищити ефективність протипухлинної терапії

при чутливих нерезистентних пухлинах при умові, що нетривала високодозова терапія за своєю токсичністю відповідає довоготривалому введенню помірних концентрацій того ж препарату.

7. Праймірування – попереднє введення малої дози цитостатика, після якого через певний проміжок часу вводять основний препарат в звичайній або високій дозі.

8. Інтермітуюча хіміотерапія – чергування курсів або сеансів хіміо- та променевої терапії.

Особливої уваги заслуговує комбінування добре вивчених режимів платиноїдотерапії з новітньою променевою технологією лікування на лінійному прискорювачі, кібер-ножі.

Таким чином, аналіз принципів побудови діагностично-лікувальних алгоритмів важливий для вдосконалення протоколів лікування онкологічних хворих у співвідношенні до можливостей конкретній лікувальної установи.

© В.В. Паламарчук, В.М. Пашковський, П.М. Стороженко, В.Ю. Старченков, 2016

*Н.В. ПИЛИПЮК, Т.А. ГОБЖЕЛЯНОВА, Д.Н. ПИЛИПЮК (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **ЛАРИНГОЦЕЛЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Ларингоцеле (воздушная киста ВК) это расширение желудочков гортани или их отростков. Сообщения о ВК гортани в литературе встречаются уже более двух веков. Тем не менее, их диагностика и лечение остаются серьезной и актуальной проблемой. По данным различных авторов, кисты составляют до 5% от всех доброкачественных новообразований гортани, а в 1% случаев они сопровождаются развитием рака гортани. Этиологически ВК разделяют на истинные (врожденные) и симптоматические. Последние обусловлены анатомическими особенностями гортанных желудочков и длительным увеличением давления в преддверии полости гортани (у стеклодувов, музыкантов, играющих на духовых инструментах), а также как следствие хронических воспалительных гиперпластических процессов, опухолей, гранулем, рубцовых стенозов. По локализации ВК бывают внутренние, наружные и смешанные. Наружная ВК – шарообразная, эластичная, смещающаяся с гортанью, находится кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы и никогда не переходит сверху за пределы подъязычной кости. Внутренняя ВК исходит из гортанного желудочка, покрыта слизистой оболочкой, прикрывает голосовую складку и в той или иной степени голосовую щель, иногда оттесняет надгортанник, вдаётся в грушевидный синус, вызывает дисфонию и при больших размерах – затруднение дыхания. Наружная ВК иногда причиняет неловкость при поворотах головы, некоторое затруднение глотания.

Основными диагностическими методами при этом заболевании являются осмотр и пальпация шеи, прямая и непрямая ларингоскопия,

фибрларингоскопия (ФЛС), УЗИ, КТ гортани. При ларингоскопии, как правило, видна гладкая, шарообразная опухоль, прикрывающая голосовую складку, располагающаяся в толще вестибулярной и черпалонадгортанной складок, а иногда выполняющая почти весь вход в гортань. Подвижность гортани в большинстве случаев сохранена, но может быть ограничена. На КТ гортани ларингоцеле выглядит как образование с гладкими очертаниями и четкими контурами в окологортанном пространстве. Она может пересекать щитоподъязычную мембрану на уровне верхнего гортанного сосудистонервного пучка. Плотность варьирует в зависимости от содержимого (воздух, жидкость, мукоидный секрет), и могут наблюдаться горизонтальные уровни жидкости.

Лечение наружной и смешанной ВК – хирургическое из наружного доступа, внутренней ВК – эндоскопическое.

За последние десять лет под нашим наблюдением находилось одиннадцать пациентов с ВК. С целью диагностики использовались стандартные методики. Пациенты исследуемой группы мужчины в возрасте от 30 до 65 лет и две женщины – 35 и 42 лет. В 4 наблюдениях – у 3 мужчин и 1 женщины – заболевание развилось после произведенных ранее операций в полости гортани в сроки от 6 мес до 2 лет. У 1 больного мы наблюдали развитие ВК после проникающего ранения гортани. Еще у 6 пациентов ВК развилась на фоне хронического гиперпластического ларингита. В 6 случаях наблюдений – выявлен смешанный вариант ВК, у 3 больных – наружный, в 2 случаях – внутренний. Всем пациентам произведено иссечение ВК наружным доступом,

за исключением внутренних ВК, которые удалены эндоскопическим способом. Рецидивов заболевания за весь период наблюдения не отмечено.

Таким образом, наиболее информативными способами диагностики ВК являются ФЛС и

КТ гортани. При наружном и смешанном вариантах ВК наружный доступ является наиболее эффективным и радикальным хирургическим способом лечения. Эндоскопическое удаление адекватно при внутренних ВК.

© Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, Д.Н. Пилипюк, 2016

*М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ, Ю.В. ЮРЧЕНЯ (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУЖНЫЕ ОТИТЫ: ВОПРОСЫ СПОРТИВНОЙ ПРОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Хронические наружные отиты, как патологический процесс, у детей и подростков занимающихся водными видами спорта (плавание, прыжки в воду, водное поло и т.д.) приводят к нарушению эпидермальной миграции в слуховом проходе, изменению направления последствий или к ее полной остановке. Этот вопрос особенно важен клинически у пловцов профессионалов, длительно пребывающих в водной среде не свойственной постоянным естественным условиям существования человеческого организма. Длительное пребывание в хлорсодержащей либо озонированной среде вызывает ускоренную отслойку (или эксфолиацию) незрелых в функциональном и в морфологическом аспектах слоев эпидермиса изменения химического состава ушной серы, появление очагов анетодермии, изменению pH кожи наружного слухового прохода, что ведет к специфическим предпосылкам для развития характерных хронических воспалительных процессов носящих название «ухо пловца».

«Ухо пловца» или эксфолиативный хронический наружный отит встречается у 90% детей и подростков занимающихся водными видами спорта, лечение специфично (Международный допинг контроль) и требует детального изучения.

В научно-практической литературе последних десятилетий данные о стандартах лече-

ния и профилактике наружных хронических эксфолиативных отитов отсутствуют.

Цель исследования: изучить патогенез, патоморфологию и микробиологический аспект состояния кожи слуховых каналов у пловцов профессионалов в период интенсивных тренировочных процессов.

Материалы и методы. Обследованы ученики двух классов пловцов детской спортивной школы №59 г. Одессы (61 человек в возрасте 12-14 лет, 6 девочек и 55 мальчиков). Комплекс обследования включал микробиологическое и патоморфологическое исследование мазков-отпечатков кожи слуховых каналов, pH метрии, качества и количества содержимого наружных слуховых каналов, характера и степень распространения очагов анетодермии.

Результаты. Установлены характерные закономерности для периодов обострения и ремиссии хронических наружных отитов у данного контингента, разработан лечебный и профилактический алгоритмы ведения этой патологии, направленные на восстановление нормальной миграции эпидермиса.

**Выводы:** оптимизированный лечебно-профилактический алгоритм ведения профессиональных эксфолиативных наружных отитов сократил заболеваемость этой патологией на 68%, что диктует необходимость дальнейшего изучения этой проблемы и ее совершенствование.

© М.Б. Пионтковская, Ю.В. Юрченя, 2016

## ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Постимплантационный риносинусит (ПИРС) развивается как следствие внутрикостного дентального протезирования альвеолярного отростка верхней челюсти. Как показали клинические наблюдения, в основе процесса патогенеза первично лежит не банальное инфицирование синуса и инициация острого, подострого и/или хронического воспаления, а значимый местный иммунологический конфликт. В настоящее время все большее признание получает локальная иммунофармакотерапия, в которой основным направлением является использование препаратов с наименьшим количеством негативных влияний и большим спектром терапевтического воздействия на структурные основы мукозального иммунитета. В этой связи, поиск эффективных препаратов для целей локальной иммуномодуляции и эффективной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей остается актуальной задачей экспериментальной и клинической отоларингологии.

**Целью** данной работы было определение влияния иммуностропных препаратов – тиотриазолина, витамина С на продукцию клетками крови больных с ПИРС про- и противовоспалительных цитокинов, иммунорегуляторных цитокинов и факторов врожденного иммунитета – активность естественных цитотоксических клеток (ЕЦК) и фагоцитов.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования были взяты клеточные взвеси от 14 больных ПИРС и 10 здоровых доноров. Цитолитическую активность клеток крови определяли в виде активности ЕЦК против клеток-мишеней, которыми служили эритроциты цыплят (ЭЦ). Питательной средой служила RPMI-1640 с гентамицином (60 мкг/мл) и L-глутамином (реактивы Serva, Германия). Результат деструкции определяли спектрофотометрически по уровню вышедшего из ЭЦ гемоглобина и выражали в процентах.

Активность фагоцитоза исследовали по

захвату частиц, при этом определяли число фагоцитирующих клеток (фагоцитарный показатель) и число частиц латекса, поглощенное одним фагоцитом (фагоцитарный индекс), а также фагоцитарной активности клеток биохимическим методом с применением люминола и выведением коэффициента активности фагоцитоза. В надосадочной жидкости в указанные сроки исследования определяли уровень провоспалительного цитокина интерлейкина-1 $\beta$  (Ил-1) и противовоспалительного интерлейкина-10 (Ил-10), а также гамма-интерферона (ИФН- $\gamma$ ) и его антагониста интерлейкина-4 (Ил-4). Данные исследований обрабатывали с использованием критерия «U»-Вилкоксона-Манна-Уитни. Для определения свойства группы антиоксидантных витаминов влиять на иммунологические реакции были проведены исследования по выявлению действия витамина С отдельно и в сочетании с тиотриазолином на активность ЕЦК и продукцию цитокинов.

Полученные **результаты** свидетельствуют о том, что:

1. Препарат тиотриазолин способен активировать механизмы антителопродукции и фагоцитарную активность клеток крови больных ПИРС при контакте их *in vitro*, что расширяет прежние представления об иммуномодулирующем действии препарата.

2. Усиление иммунологического потенциала клеточного состава структур носоглотки при ПИРС будет способствовать повышению эффективности лечения этого заболевания с применением иммуностропных средств нового поколения, каким является тиотриазолин.

3. Усиление активности факторов врожденного иммунитета (естественная клеточная цитотоксичность и фагоцитарная активность) которые являются первой линией иммунологической защиты позволяет считать целесообразным местное применение препарата тиотриазолин при ПИРС.



## ХРОНИЧЕСКИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОДСЛИЗИСТУЮ РЕЗЕКЦИЮ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Подслизистая резекция носовой перегородки (ПРНП) относится к классическим операциям в отоларингологии и в своем академическом и целевом направлениях остается практически без изменений в течении XX-XI века. ПРНП, особенно после врожденных и посттравматических аэродинамических аномалий, является одной из сложнейших операций в ринологии. Известно выражение В.И. Воячека «...потому как ринохирург выполняет эту операцию судят о хирурге...». Не смотря на появление на современном этапе развития ринохирургии управляемой гипотонии и многих других технических инноваций ПРНП остается сложной, трудоемкой, травматичной и неповторимой в каждом конкретном случае. Однако, даже сегодня, к нашему великому сожалению приходится сталкиваться с некоторыми негативными сторонами этого вмешательства. Дело в том, что работа самого высококласного хирурга «...перстами легкими как сон...» все равно происходит в важной рефлексогенной зоне: вспомним чувствительную, обонятельную, симпатическую и парасимпатическую иннервацию носа, особенности кровоснабжения и т.д.

**Цель исследования.** Изучить частоту послеоперационных неврологических расстройств риносинусоназальной зоны после ПРНП, с акцентом деформации в костном отделе (сошник, перпендикулярная пластинка решетчатой кости).

**Материалы и методы.** Обследовано 48 пациентов (19 женщин и 29 мужчин в возрасте от 19 до 54 лет) перенесших ПРНП в отдаленные сроки (более 6-24 месяцев) после операции с хорошим функциональным аэродинамическим эффектом. Проводилось классическое общеклиническое и ринологическое исследование (цитогаммы и микробиология носового секрета, скорость МЦТ, определение состояния симпатической, парасимпатической, чувствительной и обонятельной функции носа).

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного исследования у 31 больного 64,6% (5 женщин и 26 мужчин) диагностировано лицевые симпаталгии; у 18 – 37,5% (3 женщины 15 мужчин) невралгия крылонебного узла; у 9 – 18,75 % (4 женщины и 5 мужчин) гипотония периферического характера; у 36 – 75% (12 женщин и 24 мужчины) хронические атрофические и субатрофические риносинуситы; у 42х больных 87,5% мукоцилиарные дискинезии с вазомоторным компонентом.

**Выводы.** Принимая во внимание детальный анализ, как правило, не учитываемого практическими врачами, процента неврологических и невротрофических посттравматических риносинусоназальных осложнений, как «болезни оперированного носа» - это направление требует дальнейшего глубокого изучения, совершенствования и развития.

© М.Б. Пионтковская, А.В. Цепколенко, 2016

В.Н. ПИСАНКО, В.А. ШКОРБОТУН, Г.Э. ТИМЕН, Б.Н. МИРОНЮК, П.В. ВИННИЧУК,  
Л.А. КУДЬ, И.И. САПИЖАК, Н.В. ШЕПЕЛЕНКО, Л.К. ВЛАСЮК (КИЕВ, УКРАИНА)

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТУГОУХОСТЬЮ И ГЛУХОТОЙ

В данной работе приведен наш опыт использования различных имплантов при реабилитации детей с глухотой и тугоухостью.

Для протезирования улитки у детей с сенсоневральной глухотой мы преимущественно использовали кохлеарные импланты фирм “Med-El”, “Nucleus”. Значительно реже “Bionics” (25 шт.), “Neurolec” (10 шт.). При проведении кохлеарной имплантации у детей с частичной или полной оксификацией улитки применяли укороченные электроды или электроды системы «сплит» (39 чел.).

У 11 больных в связи с интраоперационной травмой барабанной перепонки одновременно с кохлеарной имплантацией производилась мирингопластика с использованием поверхности височной фасции.

Через 7 дней после операции, для контроля расположения электрода, назначали рентгенографию черепа в прямой проекции.

Из послеоперационных осложнений за 2003-2013 годы имел место парез мимических мышц лица на стороне операции в связи с обнажением и интраоперационной травмой лицевого

нерва у 7 больных. У одного из них произведена декомпрессия n. facialis на 9 сутки. У всех пациентов терапевтическое лечение послеоперационного неврита лицевого нерва сопровождалось выраженным клиническим эффектом (у 6 – полное клиническое выздоровление).

У 2 больных через 2 и 4 мес после начала ношения процессора развился некроз кожи над внутренней катушкой. У 1 закрытие дефекта свободным лоскутом бедренной фасции и смещенным кожным лоскутом увенчалось успехом, у другого лоскут не прижился, кохлеарный протез был извлечен и имплантация проведена на другом ухе. У 9 пациентов с синдромами Мондини или Гашера в ранний послеоперационный период была ликворрея, которая купировалась консервативной терапией. У 1 ребенка в ранний послеоперационный период развились острый средний отит и ликворрея, имплант удален по настоянию родителей. У 12 детей была выполнена реоперация в сроки 1-7 лет после кохлеарной имплантации в связи выходом из строя внутренней катушки (8 чел.), миграции электрода (3 чел.), миграции внутренней катушки (1 чел.). У 11 пациентов в сроки 1-4 года после операции в области внутренней катушки образовывались гематомы, обусловленные, как правило, травмой.

Для оценки слуховых реакций на речь использовали адаптированную к украинскому языку интернациональную "Методику оценки слухового и речевого развития" Evaluation of Auditory Responses of Speech и Анкету для оценки слухового развития детей на доречевом

этапе их развития Littlears. Через 1 мес все пациенты, включая детей с комплексным сенсорным (слепота-глухота) поражением (6 чел), показали положительную динамику в восприятии и распознавании неречевых сигналов.

При хирургической реабилитации пациентов с двусторонней атрезией наружных слуховых проходов использовали имплантационные системы костного звукопроведения. Под наблюдением находилось 18 человек в возрасте 1-15 лет. ВАНА использовали у 13 детей в возрасте от 1 до 14 лет с двусторонней атрезией слуховых проходов (2 человека с синдромом Франческетти). 5 детям, возраст которых был 1-4 года, настроили систему ВАНА для ношения на бандаже. При оценке состояния слуховой функции через неделю после начала использования, слух соответствовал норме. 8 пациентам произведено оперативное вмешательство по вживлению ВАНА. У 6 больных операция проведена в один этап. Двоим с очень тонкой чешуей височной кости (один с синдромом Франческетти) выполнен первый этап вмешательства, второй проведен через 6 месяцев, то есть после оксификации дна «кармана». При настройке устройств у 6 пациентов через неделю после операции расстояние разборчивости шепотной речи превышало 5 метров.

5 пациентам вживлена имплантационная система костного звукопроведения "Sound Bridge". Через 2 недели после операции расстояние разборчивости шепотной речи превышало 5 метров.

© В.Н. Писанко, В.А. Шкорботун, Г.Э. Тимен, Б.Н. Миронюк, П.В. Винничук, Л.А. Кудь, И.И. Сапижак, Н.В. Шепеленко, Л.К. Власюк, 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, Г.П. ІЛЬЯНЦЕВА, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, В.К. ДРАПАКА  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **СТАН ДИТЯЧОЇ СУРДОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА КОХЛЕАРНА ІМПЛАНТАЦІЯ ЯК ЕТАП ВІДНОВЛЕННЯ СЛУХУ**

По Чернівецькій області на диспансерному огляді знаходиться 366 дитини з незворотніми порушеннями слуху різного ступеню, з них 221 мають групу інвалідності по важкій приглухуватості та глухоті. Підлягає слухопротезуванню 302 дитини, з них забезпечено слуховими апаратами 211, стоять на черзі – 91 (з них 57 інвалідів по слуху). 44 дитини не підлягають

слухопротезуванню – однобічна глухота. За рахунок держбюджету в 2011 році отримали слухові апарати 11 дітей, в 2012 році – 69. Слухові апарати отримують безкоштовно в ДУ «Інститут отоларингології АМН України ім. О.С. Коломійченка» тільки інваліди дитинства. Право на безкоштовне придбання слухових апаратів мають діти до 18 років один раз на три роки.

Кохлеарна імплантація проведена 32 дітям Чернівецької області: 6 операцій проведено за кордоном (Італія), 26 операцій – у Інституті отоларингології.

Усім дітям операції КІ проведено до 2015 року, коли діяла державна програма по реабілітації слуху у дітей. На сьогоднішній день на обліку в Інституті отоларингології для проведення операції КІ стоять більше 10 дітей з Чернівецької області.

Сучасні моделі кохлеарних імплантів забезпечують адекватне сприйняття мови та повну соціальну реабілітацію глухих пацієнтів.

Прооперованим дітям застосовані кохлеарні імпланти фірми “Med-EL” Австрія, “Cohlear” Австралія та зовнішній процесор головним чином Opus-2.

Поєднання внутрішньої частини системи КІ і мовного процесора Opus-2 дає хворим чітке і ясне сприйняття звуків.

В теперішній час є можливість заміни мовного процесора (зовнішньої частини кохлеарного імпланту).

Слухові апарати посилюють звуки, кохлеарні імпланти не посилюють звуки, а передають їх до звивини Гешля скроневої долі мозку, безпосередньо стимулюючи слуховий нерв.

Ефективність кохлеарної імплантації визначається віком, в якому настигла глухота, тривалістю глухоти, ефективністю відновлення та навчання з використанням слухових апаратів та індивідуальних занять сурдопедагога. Різниця в ефективності КІ проведеної за кордоном та на Україні не виявлено. Кохлеарні імпланти найбільш ефективні у розмовляючих хворих з нетривалою важкою нейросенсорною приглухуватістю та у хворих з важкою приглухуватістю, які до КІ успішно користувались слуховими апаратами. У дітей ефективність КІ вище при більш ранньому проведенні операції.

© О.Г. Плаксивий, Г.П. Ільянцева, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, В.К. Драпака, 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.Ю. РАДЕВИЧ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКО-ТРУДОВОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ГОРТАНІ**

Стійке зниження працездатності хворих з раком гортані залежить від локалізації і характеру новоутворення, наявності рецидивів та метастазів, ступеню порушення функції верхніх дихальних шляхів та інших органів, загального стану організму, віку, професії. Експертне рішення по відношенню до кожного хворого виноситься індивідуально.

Стадія розвитку злоякісної пухлини визначає об'єм оперативного втручання, і, в значній мірі прогноз відносно відновлення функцій, одужання та життя.

Існують значні труднощі при визначенні тимчасової та стійкої втрати працездатності у хворих на рак гортані, що отримали лікування при II і III стадіях захворювання. Різноманітні наслідки лікування в таких випадках можна розділити в залежності від особливостей лікарсько-трудова експертизи наступним чином: 1) збереження основних функцій верхніх дихальних шляхів і глотки (дихання, голосоутворення, ковтання); наявність чи відсутність косметичних дефектів; 2) порушення функція дихання (звуження дихальних шляхів чи наявність трахеостоми) без зміни функції голосоутворення; 3)

відсутність гортані (дихання через трахеостому, стравохідний голос); 4) порушення функції ковтання.

При вирішенні експертних питань з приводу тимчасової чи стійкої втрати працездатності у хворих на рак гортані, необхідною є участь лікарів різних суміжних спеціальностей.

Експертиза тимчасової та стійкої втрати працездатності при раку гортані в залежності від стадії:

I стадія – тимчасова втрата працездатності протягом 2-4-ох місяців після оперативного втручання, з наступним встановленням II групи інвалідності терміном на 1-2 роки;

II стадія – тимчасова втрата працездатності 3-4 місяці на період лікування, в подальшому – встановлення II групи інвалідності терміном на 1-3 роки;

III стадія – тимчасова втрата працездатності протягом 3-4 міс, з подальшим встановленням II групи інвалідності пожиттєво; при успішному результаті лікування протягом 5 років (постійна трахеостома, відсутність рецидиву, відсутність mtx) – III група інвалідності без вказівки терміну повторного огляду;

IV стадія – встановлення II групи інвалідності пожиттєво, при необхідності постійного стороннього догляду – I група інвалідності.

В більшості випадків особи з пухлинами IV стадії після лікування визнаються МСЕК непрацездатними з наданням їм II групи інвалід-

ності, а при необхідності постійного стороннього догляду – I групи.

Рецидиви злоякісних пухлин, метастази у віддалені органи, наявність у особи променевої хвороби є показом для встановлення II, а при потребі постійного догляду – I групи інвалідності.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, І.Ю. Радевич, 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, К.І. ЯКОВЕЦЬ, І.Є. ЛЕКА  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ЕЙКОЗАНОЇДІВ В ЕКСУДАТІ ГАЙМОРОВИХ ПАЗУХ У ХВОРИХ НА ГНІЙНІ СИНУЇТИ З МЕТОЮ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХРОНІЗАЦІЇ СИНУЇТІВ**

Обстежено 34 хворих, з них 15 – з гострим гнійним синуїтом, 16 – з хронічним гнійним синуїтом, та 3 – практично здорових особи.

Вивчено вміст простагландинів  $E_2$ ,  $F_{2\alpha}$ , простагліну, тромбоксану  $A_2$  та лейкотрієну  $B_4$  в промивній рідині біляносових пазух. Дослідження проводилося за допомогою наборів реактивів фірми Amersham (Англія). Екстракцію ейкозаноїдів виконували на мікроколонках Amprep  $C_8$  (Amersham, Англія).

Встановлено, що при гострих синуїтах (в порівнянні з контролем) вміст в синуїдальній промивній рідині простагландину  $E_2$  зростає в 4,24 рази ( $p<0,001$ ,  $n=15$ ),  $F_{2\alpha}$  – в 4,22 рази ( $p<0,001$ ,  $n=15$ ), тромбоксану  $A_2$  – в 14,87 рази ( $p<0,001$ ,  $n=26$ ). При хронічних синуїтах рівні ейкозаноїдів також були значно вищими за контрольні: простагландину  $E_2$  – на 320,24% ( $p<0,001$ ,  $n=16$ ),  $F_{2\alpha}$  – на 566,04% ( $p<0,001$ ,  $n=16$ ), тромбоксану  $A_2$  – в 14,58 рази ( $p<0,001$ ,  $n=16$ ), простагліну – на 536,82% ( $p<0,001$ ,  $n=16$ ), лейкотрієну  $B_4$  – в 48,54 рази ( $p<0,001$ ,  $n=16$ ).

При порівняльному аналізі встановлено достовірну різницю при гострих та хронічних синуїтах між рівнями простагландину  $F_{2\alpha}$  ( $187,10\pm 10,83$  пг/100 мкл при гострих синуїтах і  $295,52\pm 22,15$  пг/100 мкл при хронічних синуїтах,  $p<0,001$ ,  $n=31$ ) та лейкотрієну  $B_4$  ( $136,64\pm 5,19$  пг/100 мкл і  $228,39\pm 12,02$  пг/100 мкл, відповідно,  $p<0,001$ ,  $n=31$ ).

Отже, в патогенезі запального процесу при гнійних синуїтах значну роль відіграють ейкозаноїди, особливо простагландин  $E_2$ , який має прозапальну дію та тромбоксан  $A_2$ , здатний порушувати мікроциркуляцію за рахунок вазоконстрикторних та проагрегаційних ефектів. Хронізація патологічного процесу супроводжується гіпергенерацією лейкотрієну  $B_4$  – потужного хемотрактанту, який сприяє лімфомоноцитарній гістоінфільтрації. Отримані результати є підставою для включення у комплексне лікування хворих на гнійні синуїти неспецифічних нестероїдних протизапальних препаратів (Вольтарен, Диклофенак, Ібупрофен), як для загального так і місцевого застосування.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, К.І. Яковець, І.Є. Лека, 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ, І.Ю. РАДЕВИЧ  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО КОНТРОЛЮ НОСОГЛОТКИ**

Виконання прицільної біопсії носоглотки з максимальною точністю та мінімальною травматизацією потребує візуального контролю. Абсолютний візуальний контроль ретельності прове-

деної біопсії досягається шляхом застосування сучасних відеоріноендоскопів частіше  $0^\circ$  та  $30^\circ$ .

За 2010-2015 рр. під відеоріноендоскопічним контролем проведено 162 біопсії носогло-

тки у дорослих. Результат гістологічного дослідження у 34 – лімфоепітеліома, у 23 – рак носоглотки, у 92 – гіперплазія лімфаденоїдної тканини з ознаками хронічного запалення, у 3 – кіста Торнвальда.

Візуальний контроль за допомогою риноендоскопа проведено також у 10 дорослих хворих з пухлинами носоглотки після біопсії носоглотки проведеної класичним способом при задній риноскопії з відтягуванням м'якого піднебіння за допомогою щипців для етмоїдотомії. Візуальний контроль носоглотки проводився усім хворим (57 пацієнтів) з лімфоепітеліомою та раком носоглотки після отримання курсу променевої та хіміопроменевої терапії один раз

на місяць протягом року. Продовження росту пухлини виявлено у 3 хворих через 5, 7 та 8 місяців після проведеного курсу променевої терапії; 4 рецидива пухлин через 1,5-3 роки та пролонгацію процесу МТХ в лімфатичні вузли ший у 5 хворих з лімфоепітеліомою.

Використання ендоскопічного контролю носоглотки забезпечує якість та прицільність біопсії носоглотки для отримання об'єктивного патогістологічного заключення в онкохворих різного віку та динамічне спостереження за ними після проведення курсу променевої та хіміопроменевої терапії для своєчасного виявлення можливого продовження росту чи рецидиву пухлини.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, І.В. Незборецький, І.Ю. Радевич, 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, Є.С. МЕЛЬНИК, В.А. БОГАЧ  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

## **ІНВЕРТОВАНА ПАПІЛОМА НОСА**

Інвертовані папіломи (ІП) – місцем росту яких є слизова оболонка порожнини носа і біля-носових пазух, відносно рідко зустрічаються в літературі під різними назвами. Основна локалізація росту ІП – латеральна стінка носа в області середньої носової раковини, звідки пухлина може проростати в приносіві пазухи. Процес, як правило, односторонній. Описані спорадичні випадки ізольованого враження лобної, клиноподібної, верхньощелепної пазухи, носоглотки, перегородки носа, нижньої носової раковини.

Інвертована перехідно-клітинна папілома (син.: циліндроклітинна папілома, папілома Шнейдера, епітеліальна папілома, сосочкова фіброепітеліома, папілома з респіраторного епітелію) — рідкісна, але характерна для порожнини носа і його синусів доброякісна пухлина, що складає близько 0,5 % всіх новоутворень носа. Називається у зв'язку з властивістю до інвагінації плоского епітелію у вигляді широкої стрічки в сполучну тканину. Вони відомі також під назвою циліндроклітинні папіломи. Вона частіше зустрічається у чоловіків, переважно на п'ятому-шостому десятилітті життя. Пацієнти зазвичай скаржаться на закладеність носа, виділення, носові кровотечі, біль в області лицьового нерва. Пухлина може рости і в різних напрямках, руйнуючи стінку пазух та піднебіння, стінки очниці або кістки основи черепа. За гістологічними характеристиками пухлина відноситься до доброя-

кісних, але рецидивує і володіє здатністю до експансивно-узуруючого росту. Пухлина може рости і в різних напрямках, руйнуючи стінку пазух та піднебіння, стінки очниці або кістки основи черепа. Рецидиви пухлини можуть виникати через 5-10 років. Рецидивні ІП мають виражену тенденцію до підвищення агресивності і дають більш високий відсоток рецидивів після видалення ніж первинні пухлини. Приблизно у 5% хворих інвертована перехідно-клітинна папілома здатна перетворюватися на рак після довголітнього доброякісного перебігу. У 7-13% випадків в тканині ІП зустрічаються вогнища, які містять ракові клітини, хоча серед патоморфологів не має єдиної точки зору, чи це є наслідком малігнізації, чи одночасного розвитку процесів. ІП мають деструктивний ріст, рецидивують та малігнізуються, метастази спостерігаються рідко.

В ЛОР відділення ОКЛ з 1995 року на лікуванні з приводу інвертованої папіломи було всього 5 хворих, 2 з них у 2016р. У одного ІП правої половини носа з проростанням у гайморову, решітчасту пазухи та носоглотку. Діагноз підтверджено патогістологічним дослідженням та проведено КТ БНП. Хворому проведена операція Денкера без ускладнень з гладким післяопераційним періодом. У другого хворого – ІП лівої половини носа з проростанням в у гайморову, решітчасту та лобну пазухи. Діагноз підтверджено патогістологічним дослідженням та проведено

КТ БНП, але при ендоскопічній біопсії була кровотеча, що потребувала тампонади носа. Хворому проведена операція Денкера з попередньою перев'язкою зовнішньої сонної артерії зліва, та через тиждень – екстраназальна фронтоетмоїдотомія. Проте, через місяць після виписки у хворого з'явилися скарги на болі в шиї, припухлість м'яких тканин шиї. Проведено УЗД дослідження органів шиї, консультований щелепно-лицевим хірургом – патології не виявлено. Консультований нейрохірургом, так як турбували болі в області шийного відділу хребта та з'явилась загальна слабкість, нездужання та призначено хворому КТ шийного відділу хребта та ОГК. На КТ шийного відділу хребта та ОГК – новоутворення верхньої долі лівої легені метастатичного характеру та mtx в III шийний хребець. В подальшому хворий звернувся для лікування в обласний онкологічний диспансер.

Особливістю даних клінічних випадків є рідкість патології, гігантські розміри новоутворення, проростання ІП в гайморову, решітчасту, лобну пазуху та носоглотку, кровотеча в одному випадку під час біопсії, проведення операції Денкера з попередньою перев'язкою зовнішньої сонної артерії, додаткове оперативного втручання (фронтоетмоїдотомія), мінімальна крововтрата під час операцій, малігнізація процесу і метастазування пухлини в одному випадку, хоча за даними літератури рецидивування є частим, а малігнізація і метастазування зустрічається вкрай рідко.

Хірургічний радикальний метод лікування через зовнішні доступи є єдиним методом боротьби з рецидивами. Після видалення всіх поліпів носа рекомендується їх обов'язкове всебічне гістологічне дослідження у зв'язку з можливою малігнізацією.

© О.Г.Плаксивий, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, Є.С.Мельник, В.А.Богач 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ, В.К. ДРАПАКА  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ОСТЕОМИ ППН: КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ПРИНЦИПИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ**

Остеома – доброякісна пухлина, що росте з кісткової тканини. Вона є однією з самих частих доброякісних новоутворень біляносових пазух. Частіше остеома локалізується в лобних пазухах (до 70% випадків), рідше в решітчастому лабіринті (22%), гайморовій пазусі (4,1%), клиноподібній (2,7%), в порожнині носа – (1%).

Гістологічно остеоми поділяються на губчасті, компактні і змішані:

- губчасті остеоми (*osteoma spongiosum*) складаються з кісткових перегородок, між якими знаходяться кістково-мозкові простори. Губчасті остеоми мають чіткі контури, кулясту чи грибоподібну форму, правильну будову, ззовні оточені кортикальною капсулою.

- компактні (ебурнеїзовані) остеоми (*osteoma durum s. eburneum*) складаються з пластинчастої кістки з мало чисельними вузькими гаверсовими каналами без кістково-мозкової тканини, мають дуже високу щільність.

- змішані остеоми характеризуються поєднанням ділянок компактної і спонгіозної будови та спостерігаються в більшості випадків і побудовані з наступних шарів: 1) слизова оболонка; 2) окістя; 3) щільної кістки в напрямку до

центру; 4) губчастої кісткової тканини (часто розміщення 2-х останніх шарів інше: в центрі – щільна кістка, а ззовні губчаста тканина).

Остеома відносно рідкісне захворювання їх утворення проходить повільно і як правило безболісно. Більшість хворих складають особи чоловічої статі віком від 11 до 30 років, хоча бувають і у жінок та у більш зрілому віці.

Остеома росте на протязі багатьох років як нерухливе, щільне, безболісне утворення. Інколи в результаті травми чи гнійного процесу в ППН остеома відділяється від ніжки, втрачає живлення і вільно лежить в порожнині, утворюючи так звану «мертву» остеому. Остеоми виникають в результаті запального процесу чи травми ППН в анамнезі.

З числа теорій утворення остеом ППН найбільш життєздатними є 2: теорія розвитку остеом з залишків ембріонального хряща (Арнольда, 1873), і теорія утворення остеом з зародків сполучної тканини – майбутнього окістя, тобто з періоста – періостальна теорія А.Г. Фетісова (1931р.).

Клінічна картина залежить від локалізації остеом і визначається її розміром і напрямком

росту. Ринологічна, орбітальна та неврологічна симптоматика великих остеом проявляється в 77-80% хворих. Остеоми БНП невеликих розмірів не викликають ніяких розладів, протікають безсимптомно і, як правило, їх виявляють випадково при рентгенологічному обстеженні.

Остеома характеризується повільним ростом і в її розвитку виділяють 2 періоди – латентний і явний. Латентний період триває 1-2 роки, після чого пухлина може тиснути на стінки ППН і розповсюджуватися в орбіту, порожнину носа, порожнину черепа. При цьому з'являються симптоми, з приводу яких хворий звертається до офтальмолога, невропатолога, ЛОР-лікаря. Частіше для досягнення великих розмірів остеоми необхідно декілька років (3-4 роки), а деколи – десятки років. При остеомі пацієнт часто звертається до лікаря з приводу косметичного дефекту в ділянці пазухи чи зміщення очних яблук. Остеоми можуть бути: 1) центральними і 2) периферичними. Найбільш частою ознакою остеом є головний біль. Нерідко навіть маленька по розміру остеома лобних пазух, що локалізується в зоні I гілки трійчастого нерва є причиною сильної головної болі.

По мірі росту пухлини може з'явитися деформація зовнішньої стінки у вигляді щільного і дещо болісного при пальпації вибухання при ураженні лобної пазухи. Остеома лобної пазухи і остеома гратчастого лабіринту при проростанні в орбіту викликають орбітальні ускладнення, а при проростанні в порожнину черепа з'являються ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску та інші інтракраніальні симптоми.

Отже, остеоми частіше виникають в лобних пазухах чи в решітчастому лабіринті і в більшості випадків ростуть в напрямку орбіти (орбітальні остеоми); рідко вони проростають в порожнину черепа (черепні остеоми).

В I групі симптоматика визначається переважно порушенням з боку органа зору, в II групі на перший план можуть виступити черепно-мозкові розлади.

Основними симптомами з боку органа зору є вибухання і зміщення очного яблука, екзофтальм, диплопія, зниження зору, птоз, анізокорія. Вони розвиваються повільно, що відповідає повільному росту остеом. При остеомі лобної пазухи очне яблуко зміщується вперед, донизу і латерально, при проростанні її з решітчастого лабіринту в очницю – вперед і латерально; наявність новоутворення в гайморовій пазусі дає зміщення ока доверху і вперед. Остеома основної пазухи зміщує очне яблуко прямо вперед, однак це спостерігається при значному проростанні остеом в порожнину очниці. Коли остео-

ма локалізується в декількох пазухах, то на основі напрямку зміщення очного яблука зробити висновок про первинне місце локалізації пухлини зробити неможливо.

Симптоми з боку носа і ППН: утруднене носове дихання і носові кровотечі спостерігаються у хворих з остеомою решітчастої пазухи з проростанням в ніс, або при остеомі самої порожнини носа. В таких випадках при риноскопії можна виявити звуження просвіту носової порожнини, частіше однобічне, викликане наявністю кісткової пухлини. Ізольовані пухлини лобної і решітчастої пазух в більшості не викликають ніяких патологічних симптомів, мало в таких випадках дає і риноскопія. В тих випадках коли остеома закриває *ostium nasi frontale* створюються умови для виникнення мукоцеле. Одноразове поєднання остеом і мукоцеле веде до посиленого стоншення і розсмоктування кісткових стінок ППН.

Черепно-мозкові розлади можуть спостерігатися при розповсюдженні остеом в порожнину черепа, тобто при так званих «черепних остеомах». Їх симптоматика визначається факторами тиску на передню поверхню лобної долі мозку. Втрата пам'яті, головні болі, судоми в кінцівках, порушення психіки, епілептиформні напади є основними симптомами черепної остеом в результаті компресії мозкової речовини. При локалізації в області «турецького сідла» можуть з'являтися гормональні порушення. Множинні остеоми відносяться до казуїстики. Проте вони можуть бути частиною синдрому Горднера – спадкового захворювання, що проявляється клінічною тріадою: поліпоз товстої кишки, пухлини м'яких тканин і множинні остеоми різної локалізації, в тому числі біляносових пазух.

Найбільш швидкий ріст остеом відмічається в період статевого дозрівання і статевої зрілості; в пізньому періоді пухлина росте дуже повільно.

Розрізняють три періоди розвитку остеом: перший (зародковий) співпадає з моментом формування ППН; другий – безсимптомний продовжується до повного розвитку приносних пазух. В більшості випадків остеома, хоча повільно, але неухильно росте, і в кінці кінців настає третій період – період виражених явищ.

Частим ускладненням при остеомі є мукоцеле, піоцеле, вкрай рідко при остеомі лобної пазухи може розвиватися абсцес мозку.

Діагноз встановлюють на основі клінічної картини і даних рентгенологічного дослідження (остеома на рентгенограмі має вигляд інтенсивного вогнища затемнення) та комп'ютерної томографії, при яких ставиться правильний діаг-

ноз, а також визначаються її розміри, топографо-анатомічні співвідношення з суміжними областями, а також структури остеом для вирішення питання оперативного втручання і плану самої операції.

Деколи остеома є випадковою знахідкою при рентгенологічному обстеженні. Навіть обширні остеомы можуть тривалий час протікати безсимптомно і виявляються випадково.

Вивчаючи рентгенограму і КТ необхідно звернути увагу на досить важливий момент: чи заповнює остеома всю пазуху, чи між нею і стінками синуса є повітряний прошарок, що повинно враховуватися на операції, яку необхідно починати з цих ділянок.

З 1995 по 2016 рр. в ЛОР-відділенні ОКЛ м. Чернівці проведено 27 операцій з приводу остеом ППН, з них лобної пазухи – 21, решітчастого лабіринту – 6. Вік хворих склав від 23 до 58 років, чоловіків було 22, а жінок – 5. Проведено 21 екстраназальна фронтоетmoidотомія, у 6

випадках – операція Мура в зв'язку з гігантськими остеомы решітчастого лабіринту. В усіх випадках операції і післяопераційні періоди пройшли без ускладнень і хворі виписані з одужанням.

Лікування остеом за наявності клінічних проявів (орбітальних, неврологічних, ринологічних, косметичних) та вираженої головної болі тільки хірургічне. Підхід залежить від локалізації і розмірів пухлини. Як, правило, проводиться лобно-решітчаста трепанація з видаленням пухлини. Інколи виявлені випадково при рентгенологічному обстеженні остеомы при динамічному спостереженні не проявляють тенденції до росту і тому вони не завжди потребують оперативного лікування.

Раз на рік проводиться контрольна рентгенографія лобних пазух чи КТ для порівняння її розмірів. У випадках безсимптомного перебігу і невеликих розмірах остеомы доцільним є лише динамічне спостереження.

© О.Г.Плаксивий, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, І.В.Незборецький, В.К.Драпака 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, Є.Д. ЗАВАДСЬКИЙ, В.К. ДРАПАКА  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

## **ІНФОРМАТИВНІСТЬ ДЕГІДРАТАЦІЙНИХ ТЕСТІВ ПРИ ХВОРОБІ МЕНЬЄРА**

Морфологічним субстратом хвороби Мен'єра є ендолімфатичний гідропс, а головним патогенетичним фактором – дисфункція вегетативної нервової системи у відношенні іннервації судин внутрішнього вуха. Класична тріада при хворобі Мен'єра включає: порушення слуху; шум у вусі; приступоподібне запаморочення з нудотою, блювотою, порушенням рівноваги, розладом серцево-судинної системи, підвищенням потовиділенням. Хвороба Мен'єра у більшості випадків розпочинається з розвитку слухових розладів – суб'єктивного шуму у вусі та зниження слуху і до появи класичної тріади симптомів її нерідко розцінюють як кохлеарний неврит. Диференційний діагноз слід проводити з кохлеарним невритом, лабіринтитами, кохлеарною формою отосклероза, захворюваннями мостомозочкового кута, низкою захворювань центральної нервової системи, які супроводжуються мен'єроподібним симптомокомплексом. Диференційна діагностика базується на акуметричних та аудіометричних даних, оскільки аудіологічна картина при хворобі Мен'єра дуже своєрідна і характеризується 5 ознаками та носить назву «приглухуватість при ендолімфатичному гідроп-

сі». Але не зважаючи на специфічні аудіологічні ознаки провести диференційну діагностику та виставити діагноз хвороби Мен'єра важко, особливо на ранніх стадіях захворювання. Підтвердити діагноз чи діагностувати хворобу Мен'єра допомагають дегідратаційні тести з гліцеролом, фуросемідом, ксилітом, так як розвиток патологічних симптомів хвороби Мен'єра пов'язаний із збільшенням кількості лабіринтної рідини та виникненням внутрішньолабіринтної гіпертензії. Частіше використовується дегідратаційний тест. Дослідження слуху (аудіометрія) проводять перед прийняттям гліцеролу та через 2, 3, 24 і 72 години. Практично о 9 год. проводять аудіометрію і хворому натще дають випити гліцеролову суміш, наступні аудіометрії проводять через 2, 3 години та вранці наступного дня. Існує кількісна та якісна оцінка гліцеролового тесту. На практиці використовується частіше кількісна оцінка дегідратаційного тесту.

Кількісна оцінка гідропсу завитки базується на визначенні зниження порогів звукосприйняття в децибелах і відповідно покращення розбірливості мови по відношенню до початкового рівня.



### Кількісна оцінка гідропаузи завитки

Ступінь гідропаузи	Зниження порогів слуху	Покращення розбірливості мови
I	на 10 дБ на 3-х частотах, або 5 дБ на всьому діапазоні	не менше 8-16 %
II	на 15 дБ на 3-х частотах, 10 дБ по всьому діапазону	не менше 17-25%
III	більше ніж на 15 дБ	не менше 25%

В ЛОР клініці Чернівецької ОКЛ протягом 2008-2015 рр. на лікуванні з приводу хвороби Мен'єра знаходилося 107 хворих, з яких – 26 чоловіків та 81 жінки віком від 26 до 67 років. За відповідний період 38 хворих лікувались повторно, а 13 хворих тричі. З 107 хворих у 31 хворого діагноз був встановлений раніше, 28 з них консультовані в інституті отоларингології ім. Коломійченка, де їм був виставлений діагноз хвороби Мен'єра. В стаціонарі всім первинним хворим та хворим з підтвердженим діагнозом проводився дегідратаційний тест. З 107 хворих у 92 хворих дегідратаційний тест був позитивний: I ступінь гідропаузи – 64 хворих (69,6 %), II ступінь гідропаузи – 22 ( 23,9 %), III ступінь гідропаузи – 6 (6,5 %). У 15 хворих дегідратаційний тест негативний, з яких у 3 хворих раніше був встановлений діагноз хвороби Мен'єра, які тривалий час хворіють та неодноразово лікувались. У 4 хворих з негативним гліцероловим тестом діагноз хвороби Мен'єра

не підтвердився і при подальшому обстеженні, лікуванні та динамічному спостереженні у трьох хворих діагностовано кохлеарний неврит з вестибулопатією, а у однієї пацієнтки – кохлеарна форма отосклерозу. Всім хворим було проведено консервативне лікування з покращенням.

Необхідно зазначити, що позитивний дегідратаційний тест підтверджує діагноз, а негативний дегідратаційний тест в деяких випадках не заперечує наявності хвороби Мен'єра. Тому хворі з хворобою Мен'єра підлягають комплексному отоларингологічному та аудіологічному обстеженню з застосуванням дегідратаційних тестів і при необхідності ЕЕГ, РЕГ, М-ехоЕГ, МРТ, КТ, доплерографії судин головного мозку і магістральних судин шиї та консультації невропатолога, окуліста, нейрохірурга.

Слід зробити висновок, що дегідратаційний тест є високоінформативним критерієм у підтвердженні діагнозу хвороби Мен'єра.

© О.Г.Плаксивий, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, Є.Д.Завадський, В.К.Драпака 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ, В.К. ДРАПАКА  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### ОСНОВНІ ТИПИ І НОЗОЛОГІЧНІ ФОРМИ СИНДРОМУ СОННОГО АПНОЕ ТА ЙОГО КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

Синдром сонного апное (ССА) – це короткочасна зупинка дихання уві сні. У чоловіків ССА виявляється частіше, що пояснюється конституційними особливостями, особливостями будови гортані та ротоглотки, високим стоянням діафрагми, збільшенням маси тіла. У жінок цей синдром розвивається на фоні менопаузи. Виділяють два основних типи ССА – обструктивне апное і центральне апное. При обструктивних – знижений потік повітря через ніс і рот, але зберігається рух грудної клітини. Причиною появи обструктивного ССА є анатомічні звуження верхніх дихальних шляхів, а також надмірне розслаблення м'язів глотки і м'якого піднебіння. Розвитку обструктивного ССА сприяють ожиріння, коротка шия, викривлення перегородки носа,

хронічний гіпертрофічний і вазомоторний риніти, гіпертрофія мигдаликів, хронічні синусити, операції на ВДШ. Поєднання декількох факторів має значення в появі ССА. При центральних апное відсутні дихальні рухи і потік повітря в області носа і рота. Подібні стани відзначаються при захворюваннях з порушенням центральних механізмів регуляції дихання. Це органічні ураження стовбуру мозку, первинна недостатність дихального центру у немовлят, психогенні захворювання з гіпервентиляційним синдромом.

Згідно класифікації апное сну, виділяють наступні клінічні (нозологічні) форми: 1 – нічне хрюпіння з епізодами сонного апное (проявляється звуком на вдиху при проходженні повітря через звужені ніс та глотку в результаті вібрації

м'якого піднебіння); 2 – Піквінський синдром (характеризується ожирінням, нічним хропінням, артеріальною гіпертонією, поліцитемією, епізодами обструктивного ССА); 3 – раптове апное грудних дітей, або «синдром раптової смерті немовляти» (виникає через недосконалу центральну регуляцію дихання новонароджених, особливо недоношених, що погіршується при запаленні, гематомах ВДШ, риніті); 4 – центральна альвеолярна гіповентиляція і дисаритмія; 5 – синдром прокляття Ундини (втрачається автоматичний контроль вентиляції, і дихання регулюється тільки довільно; під час сну довільної регуляції не відбувається і виникає апное або дисритмічна гіповентиляція, спостерігається при пухлинах, запаленні або дистрофічних ураженнях стовбура головного або шийних відділів спинного мозку).

Виділено основні клінічні ознаки ССА: сильне хропіння, однак не всі люди, які хропуть,

мають нічне апное; порушення сну; нічні кошмари, галюцинації; патологічна рухова активність у сні; ранкові головні болі; підвищена денна сонливість і потреба в сні; скарги з боку ССС: порушення серцевого ритму, підвищення АТ; зниження концентрації уваги, забудькуватість і погана пам'ять; зміна особистості, зниження інтелекту; зниження лібідо; знижена працездатність; зловживання кавою в якості подолання втоми. Для того, щоб припустити наявність ССА достатньо трьох ознак: сильне хропіння уві сні з періодичними зупинками дихання, розлади сну з частими пробудженнями, виражена денна сонливість. При діагностиці ССА повинно проводитись ретельне опитування пацієнта і родичів. Велике значення в діагностиці ССА має виявлення патології ЛОР органів, що призводять до обструкції ВДШ. Де є можливість діагноз підтверджується полісомнографічним дослідженням.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, І.В. Незборецький, В.К. Драпака 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ, К.В. ВАРЛАНОВИЧ  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **НАЙБІЛЬШ ХАРАКТЕРНІ СКАРГИ ТА ЇХ ЧАСТОТА ПРИ СИНДРОМІ СОННОГО АПНОЕ**

Проблема хропіння та синдрому сонного апное в теперішній час представляє значний інтерес для лікарів усіх спеціальностей в зв'язку з різноманітністю проявів даного виду патології.

Нами обстежено 38 пацієнтів віком від 25 до 67 років з скаргами на хропіння та сонне апное, з них 35 чоловіків (92%) та 3 жінки (8%). Кожен пацієнт проходив комплексне медичне обстеження, що включало: огляд отоларинголога, а при необхідності, кардіолога, пульмонолога, невролога, ЕКГ, спірографію, загально клінічні аналізи. Перед обстеженням проводився ретельний збір анамнезу з метою отримання інформації про суб'єктивну оцінку пацієнтом свого рівня сонливості чи активності. Скарги на хропіння були у всіх 38 пацієнтів, хропіння турбувало на протязі останніх 1-5 років – 12 (32%) хворих, від 6-10 років – 10 (26%) хворих, 11-20 років – 9 (24%) хворих, 21-25 років – 4 (10%) хворих, більше 25 років – 3(8%) хворих. Збільшення ваги тіла за останні 3-5 років відмітили усі 38 обстежених, з них збільшення до 5 кг відмічено у 12(32%) хворих, від 5 до 10 кг – у 9 (24%) хворих, 11-15 кг – 5 (13%) хворих, 16-20

кг – 8 (21%) хворих, 21-30 кг – 3 (8%) хворих, більше 30 – 1 (2%) хворий.

Періоди апное самостійно відмічали 8 (21%) пацієнтів, ранкові головні болі, відчуття невиспаності – у 9 (24%) пацієнтів, зниження концентрації уваги – у 7 (18%) пацієнтів, погіршення пам'яті – 7 (18%) хворих, денна сонливість – у 15 (39%) обстежених, безсоння – у 5 (13%) пацієнтів, задишка турбувала 9 (24%) чоловік, відчуття серцебиття та порушення серцевого ритму відмічали 13(34%) пацієнтів, підвищений артеріальний тиск у ранці був у 10(26%) опитаних, нічна поліурія – у 8(21%) пацієнтів.

Скарги на утруднене носове дихання було у 20(53%) обстежених, ангіни в анамнезі з утворенням казеозних пробок відмічали 13(34%) чоловік. Самою поширеною скаргою у пацієнтів була скарга на утруднене носове дихання (біля 50%) і частіше супроводжувала важкий перебіг сонного апное. Наступна по частоті скарга на денну сонливість виявлена у 70% пацієнтів з важким апное, важкий перебіг сонного апное був у 18 пацієнтів (47%), легкий і середній у 11(29%) і 9(24%)обстежених відповідно. Було

виявлено взаємозв'язок скарг на денну сонливість і ранкові головні болі, погіршення пам'яті і концентрації уваги у 68% пацієнтів. Поєднання утрудненого носового дихання і денної сонливості відмічено у 14(37%) пацієнтів. У 7 хворих (18%) було зафіксовано утруднене носове дихання у поєднанні з задишкою. Нічна поліурія переважала у пацієнтів від 50 до 67 років. Порушення сну за рахунок частих пробуджень для сечевипускання призводить до підвищеної денної сонливості, що було зафіксовано у 4 (11%)

пацієнтів. Скарги на безсоння за результатами нашого дослідження були найбільш характерні для пацієнтів з середньою ступеню важкості сонного апное. Отримані нами дані про частоту тих чи інших проявів сонного апное відповідає даним літератури. Було встановлено, що найбільш схильні до синдрому сонного апное чоловіки працездатного віку. Виявлений у нашому обстеженні синдром сонного апное різного ступеню вираженості свідчить про серйозність і високу розповсюдженість даної патології.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, І.В. Незборецький, К.В. Варланович 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, В.К. ДРАПАКА, І.Є. ЛЕКА, В.А. БОГАЧ  
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ «КВІКС», «КВІКС АЛОЄ» ТА «КВІКС ЕВКАЛПТ» ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НОСА ТА БЛЯНОСОВИХ ПАЗУХ**

Метою нашого дослідження було вивчення дії на слизову оболонку носа в післяопераційному періоді після ендоназальних оперативних втручань препаратів «Квікс», «Квікс Алоє» та «Квікс Евкаліпт», так як ефективність оперативного лікування захворювань носа залежить не тільки від тактики та техніки, але й від адекватного ведення післяопераційного періоду.

Препарат знімає набряк, зволожує слизову оболонку, розріджує секрет слизової оболонки носа та сприяє його виведенню, відновлює носове дихання.

Концентрація солі в Квікс-Алоє відповідає її природній концентрації в організмі, тому не пошкоджує слизову оболонку носа. Препарат Квікс-Евкаліпт перевищує таку концентрацію в слизовій оболонці носа, що створює осмотичний тиск, що усуває закладеність носа.

Під нашим наглядом було 176 хворих віком від 15 до 81 років, яким проводились оперативні втручання в порожнині носа, а саме: підслизова резекція перегородки носа – 73, двобічна ошадлива конхотомія – 17, задня конхотомія – 4, двобічна вазотомія – 19, поліпоектомія – 37, редресация перегородки носа – 3, підслизова резекція перегородки носа і двобічна конхотомія – 18, поліпоектомія і задня конхотомія – 5. Усім хворим до- та післяопераційному періоді проводились наступні обстеження: стандартний ЛОР-огляд (передня риноскопія з анемізацією та задня риноскопія), відеоендоскопія по-

рожнини носа, дослідження дихальної та нюхової функції носа, ринопневмометрія, ольфактометрія, дослідження стану мукоциліарного кліренсу (транспортної функції) за допомогою сахаринового тесту.

Усі хворі по веденню післяопераційного періоду були розділені на дві групи: основна 130 чоловік і контрольна – 46. Ведення післяопераційного періоду у двох групах включало призначення антибіотику, туалет з анемізацією порожнини носа. В контрольній групі додатково призначалась олія шипшини по ½ піпетки тричі на добу, в основній – препарат «Квікс» по 2 вприскування у кожний носовий хід 3-4 разів на добу протягом 10-12 днів.

Ефективність лікування оцінювали за об'єктивними даними: набряк, гіперемія, раньовий секрет, фіброзні нашарування та відновлення дихальної, нюхової та транспортної функцій слизової оболонки носа. В основній групі реактивні явища зникли і носове дихання та нюх відновилося на 8-10 день, транспортна функція нормалізувалась на 14-15 день, у порівнянні з контрольною групою, де відновлення функції дихання та нюху настало на 13-14 день, а відновлення транспортної функції – на 19-20 день. Крім того, схильність до синехієутворення у групі з використанням препаратів «Квіксу» зафіксована у 1 випадку, у контрольній групі на 10-13 день у 3-х хворих утворились ніжні синехії, що потребувало додаткового лікування.

Отримані результати лікування дозволяють рекомендувати препарати «Квіксу» для широкого використання в післяопераційному періоді після ендоназальних операцій. Позитивний ефект відмічено також при використанні препаратів «Квікс Алоє» у дітей віком від 1 року та «Кікс Евкаліпт» у дітей від 6 років та дорослих, які ми часто використовуємо при гострих і хронічних захворюваннях носа, БНП, слухової труби та вуха. Призначення препаратів «Квіксу» призводить до покращення якості життя пацієн-

тів, скорочення термінів лікування, відновлення дихальної та нюхової функцій, позитивно впливає на функціональний стан мукоциліарної системи слизової оболонки носа.

Ці препарати ефективно зменшують набряк носових ходів і усувають закладеність носа, активно очищають носову порожнину і БНП, зволожують слизову оболонку носа, полегшують дихання, відновлюють функцію носа і тим самим знижують ризик розвитку ускладнень (синусит, отит).

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, О.О. Мазур, В.К. Драпака, І.Є. Лека, В.А. Богач 2016

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ,  
С.Г. СПІВАК, О.Л. ГЕРУШ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

### **ФІБРОЛАРИНГОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОРТАНІ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ**

У сучасній ларингології існує декілька методів дослідження гортані. Основними є непряма і пряма ларингоскопії. Одне з пріоритетних місць відводиться фібрларингоскопії. До переваг даного методу відносяться можливість проведення дослідження у дітей, легкість і безпечність, велика дозвільна здатність оптики, огляд гортані в фізіологічному положенні, можливість візуалізації важкодоступних місць (передньої комісури, підскладкового простору, морганієвих шлуночків), можливість фото і відео зйомки, фіксації на електронні носії інформації.

За 2 роки було проведено 134 фібрларингоскопії, з них дорослим 107, дітям – 27. Нами було проведено аналіз 72 фібрларингоскопій дорослим та 27 дітям. Вік дорослих пацієнтів склав від 18 до 74 років, а дітей – від 3 до 15 років.

Фібрларингоскопія проводиться в приватній клініці ЛОР-практика «СІН медікал», яка розміщена у міській дитячій поліклініці м. Чернівці. Використовується система отоларингологічна «Entermed futurent» з гнучким ендоскопом «Olimpus». Дослідження проводилося фібрларингоскопом «Olimpus» трансназально, під місцевою аплікаційною анестезією Sol. Lidocaini hydrochloridi 10%. При цьому оцінювався стан слизової оболонки гортані, наявність патологічних змін і утворень справжніх і шлуночкових складок, вестибулярного і підскладкового відділів гортані.

За результатами досліджень дорослих хворих у 9 – діагностовано хронічний дифузний

гіперпластичний ларингіт, у 4 – пахідермія між черпакуватого простору, у 5 – хронічний ларингіт (форма Гаєска-Рейнке), випадіння Морганієвого шлуночка – 1, вузлики співаків – 8, поліп голосової складки – 3, фіброма гортані – 5, ангіофіброма гортані – 6, папіломатоз гортані – 4, гострий ларингіт – 4, кіста голосової складки – 4, кіста надгортанника – 3, крововилив в голосову складку – 2, склерома гортані -1, лейкоплакія голосових складок – 2, рак гортані – 11.

За результатами досліджень дітей у 6 пацієнтів діагностовано вузлики співаків (крикунів), у 2 випадках перед вузликові стани, у 4 хворих папіломатоз гортані, гемангіома гортані у 1 пацієнта, поліп голосової складки у 1 пацієнта кіста голосової складки у 3 пацієнтів, крововилив у голосову складку у 2 хворих, катаральний ларингіт у 4 пацієнтів, рубцевий стеноз гортані у 1 пацієнта, у 3 пацієнтів ознаки мутації голосу.

Даний метод дослідження показав свою високу диференційно-діагностичну значимість в складних клінічних випадках. Наші дослідження показали, що використання фібрларингоскопічного дослідження в діагностиці захворювань гортані у дорослих та дітей підвищує інформативність клінічної діагностики і визначає точний вибір тактики лікування. Переважна більшість обстежених хворих дорослих та дітей направлені на лікування в ЛОР-відділення ОКЛ для проведення оперативного лікування з використанням прямої опорної під наркозної ларингоскопії.

Фіброларингоскопія є важливим методом дослідження, який повинен широко запроваджуватись і застосовуватись в практичній діяльності дорослих та дитячих оториноларингологів.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калущий, О.О. Мазур, І.В. Незборецький, С.Г. Співак, О.Л. Геруш, 2016

*В.Н. ПИСАНКО, Г.Э. ТИМЕН, Г.И. КЛИМНЮК, С.П. ЧУБКО (КИЕВ, УКРАИНА)*

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ (ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ЛОР-ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА)**

Злокачественные заболевания у детей по данным ВОЗ занимают 19-е место в структуре заболеваемости, вместе с тем – 2-е (после несчастных случаев) среди причин детской смертности. Опухоли мягких тканей головы и шеи в связи с особенностями локализации, кровоснабжения, соседства с жизненно важными структурами имеют определенные особенности в лечении и, как следствие отличие в его результатах. Лечение детей со злокачественными опухолями остается комплексным и его эффективность во многом зависит от правильного выбора последовательности, времени и объема каждого из методов лечения (оперативное вмешательство, химиотерапия, лучевая терапия, биотерапия и т.д.).

За период с 1986-2015 под наблюдением в отделе ЛОР-патологии детского возраста находились 187 человека в возрасте 1,5-17 лет со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов, причем в течение последних 7 лет – 119.

По гистологическому строению спектр новообразований был таким: опухоли лимфоидной ткани – 51, нервной – 46, сосудистой и мезенхимальной – 64, эпителиальные – 26. По локализации преобладали опухоли носа и околоносовых пазух (77) и глотки (61). Встречались также новообразования крылонебной и подвисочной ямок (22), шеи (10), уха (среднего – 11, наружного – 3) и наружного носа – 3.

Основной проблемой в течение всех этих лет, к сожалению, была поздняя обращаемость пациентов. Как правило, до обращения в наше отделение дети несколько месяцев лечились по месту жительства по поводу воспалительных и гиперпластических процессов. Более 40 % пациентов обращались с процессом значительной распространенности (3-4 стадии).

Если больному не была произведена биопсия по месту жительства (таких было большинство) или не представлены гистологические препараты, выполняли биопсию в нашем отделении. В предоперационное обследование обязательно включались методы лучевой диагностики (КТ

и/или ЯМРТ с контрастом, ЯМРТ с перфузией) для определения распространенности процесса.

В нашем отделении осуществлено оперативное лечение 137 пациентов. В случаях интракраниального распространения опухоли операцию проводили совместно с нейрохирургами (21 чел.). При наличии возможности изначального радикального удаления новообразования, лечение начинали с операции с последующим назначением полихимиотерапии (ПХТ), иногда, в комбинации с лучевой терапией (ЛТ) (81 чел.).

Учитывая, что большое количество пациентов поступали с процессом значительной распространенности (интракраниальный рост, наличие отдаленных метастазов и т.д.) лечение, по согласованию с детскими онкологами, начинали с ПХТ или ПХТ в комбинации с ЛТ (в зависимости от гистогенеза новообразования в соответствии с Международными протоколами). При этом в большинстве случаев распространенность процесса значительно сокращалась, что позволяло провести радикальное удаление новообразования. У ряда больных (как правило, с опухолями, исходящими из нервной ткани) регресс патологического процесса под влиянием ПХТ и ЛТ был незначительным и мы вынуждены были выполнять резекцию новообразования. В ряде случаев (39 чел. с лимфомами и 3 – с эмбриональной рабдомиосаркомой) ПХТ приводила к полному регрессу опухоли и необходимости в хирургическом вмешательстве не возникало.

Системная предоперационная и послеоперационная полихимиотерапия и лучевая терапия назначалась в Национальном институте рака, проводилась там же или по месту жительства. Пациентов с лимфомами (42 чел.) не оперировали, а направляли на химиотерапию в отделение онкогематологии.

Результаты в сроки более 1 года удалось проследить у 148 человек: рецидивы выявлены у 22%, летальный исход у 21%. Пятилетняя выживаемость составила 49%, что соответствует данным ведущих мировых клиник.

© В.Н. Писанко, Г.Э. Тимен, Г.И. Климнюк, С.П. Чубко, 2016

## ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ СИНУПРЕТ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ВІРУСНОГО РИНОСИНУСИТУ У ДІТЕЙ 6-11 РОКІВ

### Матеріали і методи:

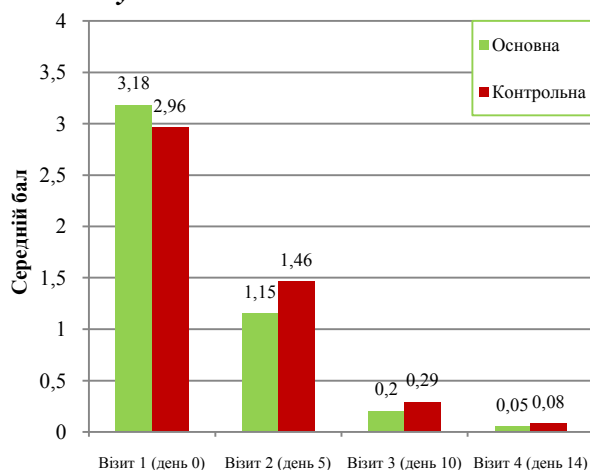
169 дітей у віці 6-11 років з діагнозом гострий вірусний РС. Контрольна група (n=76): іригаційна терапія + фармакотерапія згідно національних рекомендацій. Основна група (n=94): іригаційна терапія + Синупрет.

Оцінка тяжкості захворювання:

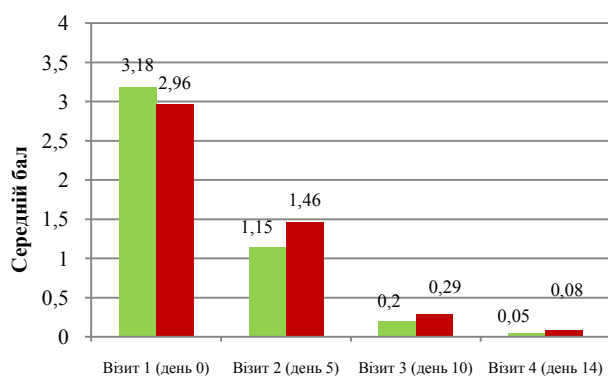
- закладеність носа, ринорея, тяжкість симптомів ГРС – лікарем по MSS-шкалі на візиті 1 (день 0), візиті 2 (день 5), візиті 3 (день 10), візиті 4 (день 14);

- частота трансформації захворювання в післявірусний та бактеріальний РС.

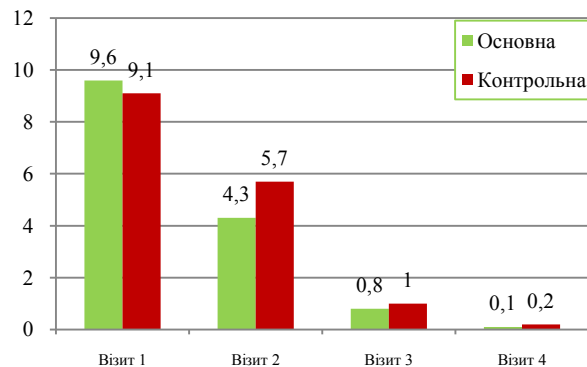
### Результати:



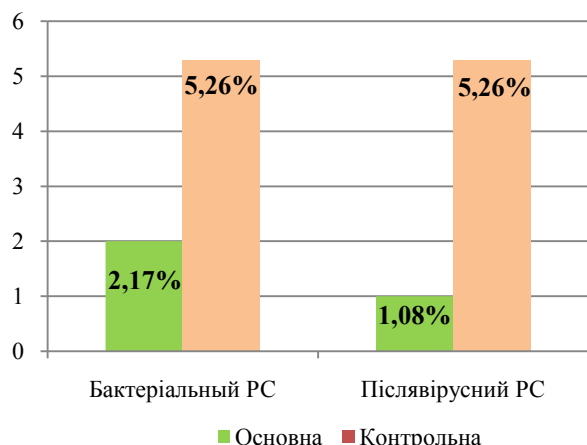
Динаміка показника «Закладеність носа» (оцінка лікаря по MSS-шкалі). Відмінності статистично значимі на візиті 2.



Динаміка показника «Ринорея» (оцінка лікаря по MSS-шкалі). Відмінності статистично значимі на візиті 2.



Динаміка показника «Тяжкість симптомів ГРС» (оцінка лікаря по MSS-шкалі – сума балів). Відмінності статистично значимі на візиті 2.



Частота трансформації гострого вірусного в післявірусний і бактеріальний РС.

### Висновки:

1. Використання Синупрету в лікуванні гострого вірусного риносинуситу у дітей віком 6-11 років забезпечує:
2. Достовірно значиму регресію основних симптомів (згідно оцінки лікаря по шкалі MSS) уже на візиті 2;
3. Покращення якості життя пацієнтів (згідно показника «Тяжкість симптомів ГРС» по шкалі MSS) уже на візиті 2;
4. Зниження тривалості захворювання: з 8,88 до 7,85 дня;
5. Суттєве зниження частоти трансформації гострого вірусного риносинуситу в післявірусний (на 79,5%) і бактеріальний (на 58,7%).

*В.І. ПОПОВИЧ, Н.В. ВАСИЛЮК, О.Б. СЕМЧУК, Д.Т. ОРІЩАК  
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

## **МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНІЙ ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ**

Здоров'я і час – це, мабуть, найцінніші ресурси, які має кожен із нас. Ці дві категорії тісно пов'язані одна з одною в житті кожної людини. І, особливо тісно, ці поняття переплітаються в житті лікаря, оскільки від фактору часу залежить не тільки його особистий добробут, але й добробут пацієнта. Слід врахувати не тільки той факт, коли уміння лікаря використати свій професіоналізм в екстремній ситуації в максимально короткий термін стане порятунком життя людини, але й можливість застосувати сучасні знання при наданні планової допомоги. Тільки, ідучи в ногу з часом, знання медичного працівника збагачуються та оновлюються, а рівень надання сучасної медичної допомоги набуває нового якісного характеру.

Часто в ході нашої професійної діяльності, ми намагаємося "вижати" з одного дня стільки годин, щоб бути максимально продуктивними, що перестаємо помічати брак часу для особистого вдосконалення та професійного росту. Здатність фокусуватись на певних речах без мотивації отримання нових, сучасних знань, робить роботу лікаря рутинною, а рівень надання медичної допомоги – застарілим. Тому, сучасна післядипломна медична освіта обрала чітку тенденцію розвитку, спрямовану на вирішення проблем із максимально зручним та швидким способом доставки знань до лікаря, що можливо за рахунок використання новітніх технологій, таких як дистанційне навчання.

Враховуючи необхідність удосконалення системи післядипломної освіти, з метою максимально швидкої доставки сучасних знань до практичного лікаря, на базі кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї ДВНЗ «Івано-Франківський НМУ» активно використовується методика дистанційного навчання.

Завдяки використанню новітніх методів навчання, розширюється спектр послуг, які про-

понує вища школа для бажаючих удосконалити та поглибити свій рівень знань на післядипломному етапі.

Однією з таких послуг є впровадження циклів тематичного удосконалення, короткотривалих курсів інформації та стажування з використанням системи дистанційної освіти та друкованих інформаційних ресурсів для лікарів оториноларингологів, лікарів «загальної практики – сімейної медицини», педіатрів та терапевтів.

Головною метою навчання на даних курсах є надання слухачам можливості отримати якісні знання, уміння та навички, відповідно до конкретної теми навчальної програми, шляхом використання навчального часу без відриву від виконання ними професійних обов'язків за місцем їх проживання.

Слід відмітити, що протягом 2013-2016 рр. на базі кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови і шиї пройшло навчання близько 350 лікарів різних спеціальностей. Щорічно зростає кількість спеціалістів, які бажають пройти навчання за даною формою та розширюється спектр тем, які пропонуються для вивчення.

Слухачі, які засвоїли навчальний план ТУ шляхом комбінованого вивчення освітнього матеріалу, правильно відповіли на розроблені тести, отримали позитивний результат співбесіди, після закінчення навчання отримують посвідчення за формою, затвердженою МОЗ України, які видаються університетом після етапу навчання.

Завдяки втіленню в практику дистанційно-орієнтованого навчання, створюються умови зацікавлення слухачів у самостійному формуванні змісту і підстав знань, з урахуванням максимально швидкого способу отримання сучасної медичної професійної інформації та можливістю економії особистого часу на освіту.

© В.І. Попович, Н.В. Василюк, О.Б. Семчук, Д.Т. Оріщак, 2016

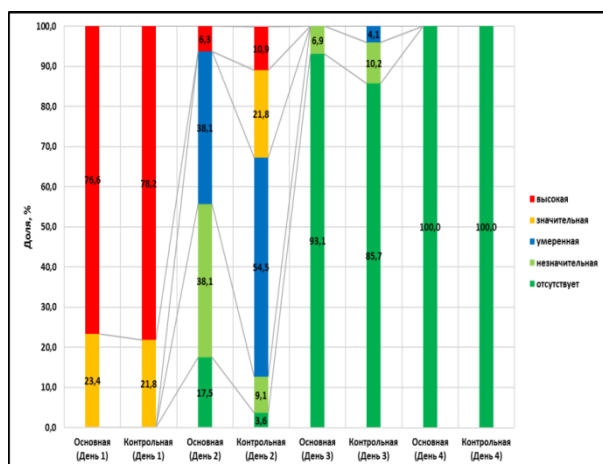
## ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ СИНУПРЕТ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПІСЛЯВІРУСНОГО РИНОСИНУСИТУ У ДІТЕЙ

**Матеріали і методи.** 120 дітей у віці 6-11 років з діагнозом гострий післявірусний РС. Контрольна група (n=55): іригаційна терапія + фармакотерапія згідно національних рекомендацій. Основна група (n=65): іригаційна терапія + Синупрет.

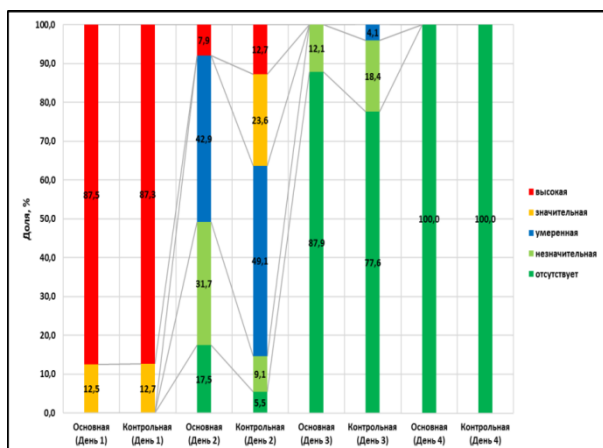
Оцінка тяжкості захворювання:

- закладеність носа, ринорея – лікарем по MSS-шкалі на візиті 1 (день 0), візиті 2 (день 5), візиті 3 (день 10), візиті 4 (день 14);
- головний біль, лицевий біль – щоденно з самооцінкою пацієнтом по ВАШ.

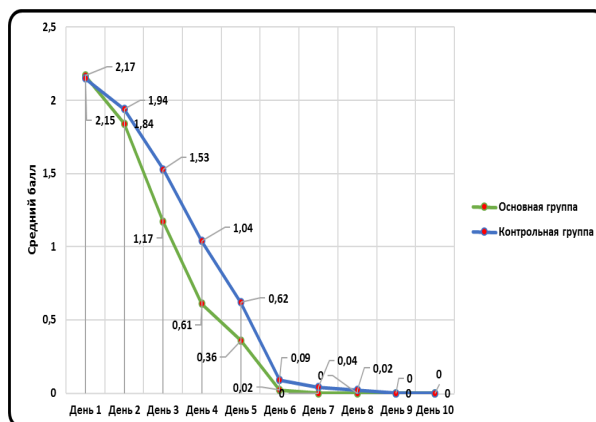
### Результати



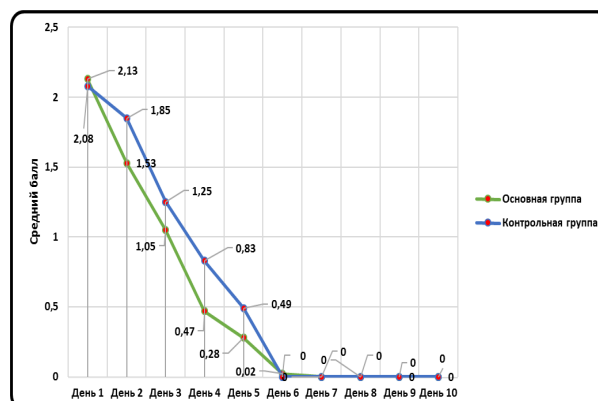
Динаміка показника «Закладеність носа» (оцінка лікаря по MSS-шкалі). Відмінності статистично значимі на візиті 2.



Динаміка показника «Ринорея» (оцінка лікаря по MSS-шкалі). Відмінності статистично значимі на візиті 2.



Динаміка показника «Головний біль» (самооцінка по ВАШ). Відмінності статистично значимі з третього по шостий день лікування.



Динаміка показника «Лицевий біль» (самооцінка по ВАШ). Відмінності статистично значимі другого по шостий день лікування.

### Висновки:

1. У пацієнтів, що отримують фармакотерапію гострого післявірусного риносинуситу з використанням Синупрету клінічне одужання настає до 10 дня (візит 3);

2. В групі з використанням Синупрету достовірно раніше порівняно з контрольною групою настає:

Регресія основних клінічних проявів гострого післявірусного РС (згідно оцінки лікаря по шкалі MSS);

Покращення якості життя пацієнтів (згідно самооцінки пацієнтів по ВАШ);

При використанні Синупрету частота трансформації гострого післявірусного РС у бактеріальний зменшується на 28,5% порівняно з контрольною групою.



## ВИЯВЛЕНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СУПУТНІМ КАРІЄСОМ ЗУБІВ

Останні десятиліття радикальний хірургічний підхід в лікуванні хронічного тонзиліту змінився більш збалансованим варіантом з пошуком методів реабілітації порушеної функції піднебінних мигдаликів консервативним шляхом. Серед домінуючих факторів виникнення або загострення цього запалення залишаються порушення мікробної рівноваги слизової оболонки і дефіцит місцевих захисних сил як специфічного, так і не специфічного характеру. На протязі останніх років ми у дітей шкільного віку досліджували особливості перебігу хронічного тонзиліту при наявності карієсу зубів.

Нами з'ясовано, що при поєднанні ознак обох патологічних процесів в порожнині рота і глотки спостерігається значніше, ніж тільки при хронічному тонзиліті, порушення як мікробіоценозу, так і місцевого імунного статусу.

Бактеріологічні дослідження нами проведені в мікроаерофільних і анаеробних умовах, тому що особливістю життєдіяльності мікроорганізмів в порожнині глотки часто є знаходження їх в глибоких шарах тканин (наприклад, крипти мигдаликів), тобто персистенція в мікроаерофільних умовах, що, в свою чергу, змінює біологічні властивості умовно-патогенних бактерій, посилюючи інвазивність і зменшуючи здатність до формування біоплівки, особливо *Streptococcus* spp. До лікування у вогнищі запалення висівались представники гноєтворних коків – *Streptococcus pyogenes* в 67% в кількості  $10^{5,7-5,8}$  КУО/г і плазмодоагулюючі стафілококи *Staphylococcus aureus* у 42-48% в кількості  $10^{3,9}$  КУО/р. Представники ентерококів, які останнім часом розглядаються як етіологічний фактор багатьох гнійно-запальних захворювань, персистували у обстежених хворих в 47-47% в кількості  $10^{3,9-4,1}$  КУО/р. Виявлено розширення видового складу мікробіоценозів слизових оболонок піднебінних мигдалин за рахунок ентеробактерій (представники роду *Klebsiella*, *Citrobacter* і *E. coli*) в 33-37% в кількості  $10^{3,8-3,9}$  КУО/г, а також дріжджових грибів (*C. albicans*) до 37% в кількості  $10^{4,6-4,9}$  КУО/р.

При дослідженні через 1 місяць після «протокольного» лікування піднебінних мигдаликів і санації каріозних зубів намітилася тенденція до нормалізації мікробного пейзажу при компенсованих формах хронічного тонзиліту у

дітей молодшого шкільного віку. Це підтверджено відсутністю статистично достовірних відмінностей у частоті висівання основних патогенів, щільності мікробної колонізації і деякому зниженні ступеня дисбіотичних явищ.

В той час у частини пацієнтів перебіг хронічного тонзиліту (частіше субкомпенсована стадія) не отримав сприятливий напрям. Це проявлялося не тільки збереженням смужки застійної гіперемії по краю передніх дужок і застійністю самих мигдаликів, але і наявністю рецидивуючих накопичень казеозних мас в лакунках, неприємним запахом з рота, обмеженням рухливості при ротації. У них зберігалась статистично достовірною різниця у частоті висівання і щільності мікробної колонізації основних патогенів (*Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus mutans*), лактобактерій, а також збереження дисбіотичних порушень досить значною мірою.

Порушення мікробіоценозу в кожній із груп пацієнтів корелювало із показниками імунного статусу як до, так і після традиційного лікування. Визначено, що при поєднанні хронічного тонзиліту і карієсу зубів у дітей молодшого шкільного віку у рото-глотковому секреті відносно норми вміст sIgA знижується в 3,5 рази, обсяг IgG та імунних комплексів збільшується приблизно в 3 рази, концентрація прозапального цитокіну (IL-1 $\beta$ ) і хемокину (MIP-1b) зростає до 7-9 разів, підвищується концентрація  $\alpha$ -ІФН до 20 пг/мл – (приблизно в 3 рази), знижується рівень лактоферрину  $\approx$  в 2 рази. Після проведеного лікування у частини дітей спостерігалась нормалізація більшості вказаних показників (частіше при компенсованій стадії тонзиліту), а у частини залишалась порушеною.

Отримані результати свідчать, що при наявності компенсованого тонзиліту у дітей молодшого шкільного віку із супутнім карієсом зубів, як правило, достатньо проведення традиційної консервативної протирецидивної терапії і санації каріозних порожнин, а при субкомпенсованій формі тонзиліту в ідентичній ситуації цих заходів у багатьох випадках не достатньо. Критеріями призначення додаткових методів впливу на піднебінні мигдалини при цьому можуть слугувати найбільш інформативні показники імунограми та бактеріологічного дослідження в мікроаерофільних умовах.

## АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА

Инфекционные заболевания ЛОР-органов – широко распространенная патология, в ряде случаев требующая назначения антибактериальной терапии. Чаще всего врачи встречаются с острым тонзиллитом.

Острое воспаление лимфоидной ткани глоточного кольца – острый тонзиллит – является наиболее частым состоянием среди детей и подростков в возрасте от 5 до 15 лет. Болеют лица молодого, наиболее работоспособного возраста. Исследования последних лет показывают, что самыми частыми бактериальными возбудителями острых инфекций верхних дыхательных путей являются *Streptococcus pneumoniae* (42%), *Haemophilus influenzae* (29-38%), *Moraxella catarrhalis* (17-20%), *S. pyogenes* (15-23%). В терапии острых инфекций верхних дыхательных путей и уха важная роль отводится макролидам, в частности, кларитромицину. Спектр активности кларитромицина характеризуется наиболее высокой среди макролидов активностью в отношении стрептококков, в том числе *S. pneumoniae* и *S. pyogenes*, метициллин чувствительных штаммов *Staphylococcus aureus*, превосходящей таковую эритромицина в 2-4 раза.

В последние годы все большее внимание привлекает способность *S. pyogenes* персистировать в эпителиальных клетках человека, что может быть одной из причин снижения эффективности  $\beta$ -лактамов антибиотиков. Кларитромицин способен проникать внутрь клеток

и сохранять свою активность в различных внутриклеточных структурах и тем самым обеспечивать эрадикацию  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А при неэффективности терапии острого тонзиллита пенициллинами.

Среди всех кларитромицинов на рынке Украины особый интерес вызывает Фромилид Уно производства компании KRKA, который представляет собой уникальную лекарственную форму. Фромилид Уно имеет защитную кислотоустойчивую оболочку, способствующую медленному высвобождению активного вещества в тонком кишечнике. Таблетка также содержит альгинат кальция, который в присутствии воды набухает и постепенно вытесняет молекулы кларитромицина, в результате чего обеспечиваются постоянное всасывание препарата и возможность однократного приема его в течение суток. При сравнении однократного (Фромилид Уно) и двукратного (Фромилид) применения антибиотика выявлено, что фармакокинетика этих двух форм практически идентична: достоверно сравнимы пиковая и остаточная (в течение 24-36 ч) концентрации активного вещества. Достоверно уменьшились колебания концентрации кларитромицина и его метаболита (14-гидроксикларитромицина) в плазме.

Все вышеизложенное, а также результаты ряда клинических исследований позволяют рекомендовать Фромилид для адекватной этиопатогенетической терапии острого тонзиллита.

© С.М. Пухлик, 2016

## ГИПЕРТРОФИЯ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Жжение, першение, дискомфорт в горле, ощущение «комка», «инородного тела», не связанное с глотанием пищи, «пустой глоток» – желание проглотить несуществующую пищу, «ползания мурашек», «наличия тонких волосков в горле», упорный приступообразный кашель, дисфагию – с такими жалобами к нам обращались пациенты для исключения органических факторов, способных объяснить происхождение этих ощущений.

Комплексное обследование 850 пациентов, включенных в работу, осуществлялось на

базе анализа данных субъективных жалоб и объективного исследования. При этом учитывались форма, размеры, подвижность надгортанника, наличие контакта края надгортанника с корнем языка, состояние валлекул, грушевидных синусов, размеры и форма язычной миндалины, корня языка, наличие или отсутствие глоточной, небных миндалин. Для исключения более редкой патологии при необходимости проводилась эзофагоскопия, рентгено-томографическое исследование. Из всей группы для дальнейшего углубленного обследования и лечения

избраны 119 человек, которые были разделены на три возрастные группы.

В младшем возрасте гипертрофия язычной миндалины встречалась с одинаковой частотой у девочек и мальчиков, что считается физиологичным для данного возраста.

У пожилых чувствительность вегетативной нервной системы к изменениям гомеостаза более высока, что, объясняется ослаблением общего нейрогуморального контроля в организме и активацией ряда местных гуморальных систем. При этом развивается повышенная чувствительность интерорецепторов к продуктам метаболизма, поэтому к нам для обследования поступали подростки в период формирования гормонального, эндокринного фона и женщины в возрасте от 45 лет встречались чаще в 2,5 раза, чем пациенты среднего возраста.

Проблема гипертрофических процессов языка тоже не однозначна. Язык это мышечный орган. В толще языка располагаются многочисленные слизистые, серозные железы, с выводными протоками в корне языка, где они как муфтой охвачены лимфоидной тканью, морфологически устроенной миндалины верхних дыхательных путей с преобладанием крупных вторичных фолликулов, плазмочитов, В-лимфоцитов, что говорит о преимущественной нагрузке в гуморальном звене иммунитета. При прямой (воспалительные процессы), либо опосредованной нагрузке на иммунную систему (гормональные всплески), происходит функциональное увеличение массы лимфоидной ткани. Возможно компенсаторное разрастание при утрате другими лимфоидными образованиями, ассоциированными со слизистой ВДП (после тонзиллэктомии) своих функций. С возрастом количество фолликулов в миндалине уменьшается, происходит замещение железистой, капиллярной, соединительной тканью, что приводит к деформации, макроскопическим изменениям в корне языка в виде бугорчатых разрастаний, либо диффузной гипертрофии язычной

миндалины с одной или двух сторон. Примером может служить амилоидное поражение языка, при котором, массивные отложения локализуются и инфильтрируют корень языка. Макроглоссия может указывать на миеломную болезнь, кретинизм, снижение функции щитовидной железы и т.д.

Возможно ли лечение гипертрофированной язычной миндалины?

В младшем возрасте лечить миндалину нет необходимости, гипертрофию следует рассматривать как дисбаланс иммунного, гормонального статуса пациента. При отсутствии коррекции состояние может усугубиться и привести к необратимым изменениям в пораженных системах и органах.

В возрасте гормональной регрессии, гипертрофия язычной миндалины довольно частое состояние. Процессы, происходящие в язычной миндалине, изменяют привычную для организма структуру, рецепторный аппарат создаёт патологическую импульсацию из органа. Если это накладывается на психосоматические состояния, то создаётся целый комплекс ощущений, с которыми пациенты обращаются к оториноларингологу.

Для устранения гипертрофированной ткани язычной миндалины применяются хирургические подходы с использованием аппаратуры (с лазеро-, радио-, холодоплазменными, электрокоагуляционными насадками), способной vaporизировать и карбонизировать гипертрофированные ткани, что в последствии приводит к образованию рубцовой ткани, морфологически отличающейся от исходной. И холодовое воздействие сверхнизкими температурами, создающими эффект крионекроза, впоследствии замещающийся морфологически подобными тканями. Исходное состояние тканей корня языка, прогноз определяют целесообразность выбора того или иного традиционного хирургического либо аппаратного метода воздействия.

© С.М. Пухлик, А.В. Андреев, И.К. Тагунова, 2016

*С.М. ПУХЛИК (ОДЕССА, УКРАИНА)*

## **КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ**

Сегодня продолжают дискуссии по переименованию сезонного и круглогодичного аллергического ринита (АР) в интермиттирующую и персистирующую формы. Мне кажется разумным присмотреться к американской клас-

сификации, где АР можно классифицировать в зависимости от:

- временной связи с пусковым аллергеном как сезонный (например, пыльца), круглогодичный (например, клещи домашней пыли) или

эпизодический (воздействие веществ из окружающей среды, которые не встречаются в обычной среде пациента, например, при посещении дома, где обитают домашние животные);

- частоты симптомов (интермиттирующие и персистирующие АР);

- тяжести симптомов (легкий, средне-тяжелый и тяжелый).

В США традиционно АР рассматривается как сезонный и круглогодичный, именно эту классификацию использует FDA утверждая новые препараты для лечения АР. Если сезон пыления длится круглый год (например, в тропиках) может быть очень трудно на основе анамнеза отличить симптомы, спровоцированные пылью, от симптомов, вызванных пылевыми клещами. Плесень считается как сезонным, так и круглогодичным аллергеном. У многих пациентов наблюдается сенсibilизация к множественным аллергенам, поэтому разделение на круглогодичный и сезонный АР является сомнительным. Сегодня фармакологи предлагают комбинированные противоаллергические препараты, которые могут усилить, потенцировать действие каждого составляющего вещества. Одним из таких примеров, может служить топическое лекарственное средство в виде спрея, включающего в себя мометазонафуроати азеластины. В течение года мы используем новый комбинированный препарат ГЛЕНЦЕТ ЭДВАНС, который содержит комбинации монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг. Оценка проведена у 156 пациентов с сезонным АР в течение сезона 2016 года. Препарат Гленспрей с азеластином у 156 больных успешно снял все симптомы аллергического ринита уже в течение первых суток. Это значительно быстрее, чем при монотерапии мометазоном. У лиц с гиперсекрецией отмечено быстрое стихание симптомов ринореи, что возможно объясняется симпатомиметическим действием азеластина. Глазные симптомы прошли или уменьшились у 75% пациентов.

Новая фиксированная комбинация назального спрея ГЛЕНСПРЕЙ С АЗЕЛАСТИНОМ, согласно нашим наблюдениям,

может быть рекомендована для стартовой топической терапии средне-тяжелых и тяжелых обострений сезонного аллергического ринита, а также для усиления базисной терапии в случае недостаточного контроля симптомов АР на весь период контакта с аллергеном. Переход на монотерапию мометазоном или азеластином может быть рассмотрена как «шаг вниз» после терапии фиксированной комбинации.

Нами установлено, что при сочетании симптомов АР с бронхиальной астмой предпочтительно назначение комбинированной системной терапии, в частности комбинации монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг. В случае выраженного искривления носовой перегородки и других анатомических особенностей, препятствующих оптимальному распределению топических назальных препаратов, обоснованным является назначение комбинированной системной терапии, в частности комбинации монтелукаста и левоцетиризина. Выраженная ринорея может снижать эффективность топических интраназальных препаратов при АР. При выраженной ринорее обосновано усиление терапии препаратами системного действия, в частности комбинация монтелукаста и левоцетиризина.

#### **Выводы**

- Комбинированные препараты для лечения аллергического ринита (Гленцет Эдванс и Гленспрей с Азеластином) показали высокую эффективность в терапии сезонного аллергического ринита.

- Выбор пациентов для назначения подобных комбинированных препаратов должен осуществляться индивидуальной с учетом сопутствующих и коморбидных заболеваний.

- При выявлении поливалентной сенсibilизации на период активной паллиации обоснованным является назначение комплексной системной терапии с учетом и лейкотриеновых, и гистаминовых звеньев патогенеза, а также топической терапии, в частности комбинации мометазонафуроата и азеластина гидрохлорида 2 раза в сутки по 1 впрыскиванию в каждую половину носа.

## РОЛЬ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Проблема острых и хронических воспалительных заболеваний лимфоидного аппарата глотки является одной из самых актуальных в современной клинической медицине. В Украине в 2014 году острым тонзиллитом, фарингитом заболело 868 626 человек, в 2010 – 883 422 человека. Распространенность острых тонзиллитов, фарингитов составляет 2 024,6 случаев на 100 000 населения в 2014, и 1 929,6 в 2010 году. Хронические болезни миндалин и аденоидов впервые обнаружены в 2014 году в 868 626 человек, в 2010 – 883 422 человек. Распространенность хронических болезней миндалин и аденоидов в 2014 составила 1 078,0 случаев на 100 000 населения, и 2010 – 562 566 случаев.

Грибковые поражения глотки стоят на втором месте после отомикозов и составляют 10% от всех форм ангины.

Исходя из всего вышеизложенного, мы решили провести клиническое исследование с целью: оценить роль микотической флоры в течении хронического тонзиллита и эффективность орального раствора КАНДИДА в комплексной терапии данного заболевания.

### Материалы и методы

Количество пациентов: 40 человек (20 – основная группа и 20 – контрольная). Мужчин было 16, женщин – 24. Средний возраст – 29,6 лет.

**Подбор дозы препарата.** Основная группа: комплексная терапия тонзиллита (промывание лакун миндалин 1 раз в день №7) + дополнительная обработка поверхности миндалин Кандидом раствором 3 раза в сутки в течение 10 дней. Контрольная группа: комплексная терапия тонзиллита (промывание лакун миндалин 1 раз в день №7) + дополнительная обработка поверхности миндалин раствором антисептика /

рассасывание таблеток антисептика Стрепсилс согласно инструкции к применению

### Выводы.

1. У больных хроническим (рецидивирующим, рекуррентным) тонзиллитом мы выявили следующие микроорганизмы: S. Epidermidis 75,8%, S. Aureus 68,2%, E. Coli 49,5%, E. faecalis 66,3%, Candida albicans 59%, E. cloacae 25,5%, S. viridans 16,4%, Streptococcus pyogenes 4,0% в высококоличественном содержании (2-я, 3-я и выше степень обсемененности).

2. Значительное грибковое обсеменение мы попытались пролечить местным использованием препарата Кандид (клотримазол), трижды на день путем обработки лакун небных миндалин на протяжении 10 дней с последующим наблюдением до 6 месяцев.

3. Проведенное лечение оказалось более эффективным, чем использование местно дезинфицирующих средств (Стрепсилс) за счет уменьшения неприятного запаха изо рта, образования пробок в лакунах небных миндалин, неприятных ощущений в глотке, а также к уменьшению регионарного лимфаденита.

4. Бактериологическое исследование, проведенное через месяц, отметило нормализацию микрофлоры в области лакун небных миндалин, приближению ее к сапрофитирующей. В частности, содержание Candida albicans снизилось в три раза и степень обсемененности было невысокой.

5. Данное клиническое исследование позволяет рекомендовать препарат Кандид для местного применения при симптомах хронического воспаления небных миндалин у взрослых путем десятидневного курса трижды в день.

© С.М. Пухлик, 2016

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНЕКСАМА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЛОР-ОРГАНАХ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Хирургические вмешательства на ЛОР-органах всегда сопровождаются кровотечениями, особенно часто различные кровотечения возникают при тонзиллэктомии. Как известно,

кровотечения могут появиться не только в процессе выполнения оперативных вмешательств, но и после их завершения. Выраженность кровотечений определяется как травматичностью

выполнения хирургического вмешательства, так и пренебрежением к предоперационной подготовке, в том числе к результатам обследования системы гомеостаза. Для профилактики возможных и возникших кровотечений применяются различные гемостатические средства (гемостатическая губка, аминокaproновая кислота, викасол, дицинон), которые обладают многими побочными эффектами и требуют многократного (3-4-разового) введения. На вооружении украинских врачей появился новый гемостатик – транексамовая кислота – антифибринолитическое средство, специфически ингибирующее активацию плазминогена и превращение его в фибринолизин (плазмин). Данный препарат обладает не только местным и системным гемостатическим действием, а также противовоспалительным, противоаллергическим и противоинфекционным свойствами.

**Цель работы.** Изучить возможности применения транексамовой кислоты в интраоперационном и послеоперационном периодах у взрослых и детей, подвергшихся оперативным вмешательствам на ЛОР-органах.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 58 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет, поступивших на плановые оперативные вмешательства в ЛОР-клинику. Из них: 32 пациентам выполнялись различные эндоскопические операции в полости носа, 24 – тонзиллэктомия и увулопалатопластика, 2 – saniрующие операции на среднем ухе. Все оперативные вмешательства у взрослых и детей выполняли под эндотрахеальным наркозом. Пациентам транексамовую кислоту вводили во время операции в количестве 15 мг/кг внутривенно, с повторным введением такой же дозы через 8 ч, затем продолжали пероральный прием по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде оценивали с использованием пятибалльной вербальной шкалы интенсивности боли (ВР), в

позднем послеоперационном периоде использовали опросник качества жизни пациента КЖ SF-36. При определении объема кровопотери применяли «шоковый индекс Альговера» – показатель отношения частоты пульса больного к уровню систолического артериального давления (при индексе 0,8 и менее – объем кровопотери равен 10% ОЦК), также визуально оценивалась сухость операционного поля.

**Результаты.** Применение гемостатика транексамовая кислота позволило достичь при выполнении различных оперативных вмешательств на ЛОР-органах сухого операционного поля без применения управляемой гипотонии, сократить длительность оперативного вмешательства в среднем на 30 минут, часто избежать необходимости выполнения передней тампонады носа, что значительно облегчало течение послеоперационного периода для пациентов и сокращало сроки пребывания их в стационаре. Исследование интенсивности боли по вербальной шкале оценки у большинства оперированных больных не превышала 2 баллов. Данные клинические параметры облегчали экстубацию больных после эндотрахеального наркоза. Величина кровопотери при оперативных вмешательствах не превышала 250 мл (в среднем), что на 25–50% ниже в сравнении с средней кровопотерей при данном виде операций.

#### **Выводы.**

Транексам является эффективным препаратом для профилактики и лечения периоперационных кровотечений, обладает противовоспалительным, обезболивающим, противоинфекционными действиями. Препарат позволяет достичь адекватного гемостаза для выполнения оперативных вмешательств на ЛОР-органах, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре в послеоперационном периоде. Транексамовая кислота хорошо в интраоперационном и послеоперационном периодах, обладает благоприятным профилем безопасности.

© С.М. Пухлик, В.В. Колесниченко, В.И. Колесниченко, 2016

### *С.М. ПУХЛИК, Р.П. КРАМАРЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)* **СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ**

Вегетативная нервная система (ВНС) является одним из основных нейрофизиологических механизмов, обеспечивающих направленность и выраженность компенсаторных процес-

сов при различных заболеваниях. Понимание роли ВНС в динамических процессах, характеризующих болезненные состояния, принципиально важно для формирования лечебной такти-

ки. Представляется интересным изучить состояние ВНС при вазомоторном рините в целях расширения знаний о патогенетических механизмах этого патологического процесса.

**Материалы и методы.** У больных определяли исходный вегетативный тонус (ВТ), вегетативную реактивность (ВР) и вегетативное обеспечение (ВО) деятельности. Использовали метод кардиоинтервалографии (КИГ), основанный на математическом анализе динамического ряда значения кардиоинтервалов. Оценку полученных результатов сравнивали с данными исследования здоровых лиц (контрольная группа). Обследовано 19 больных свазомоторным ринитом. В исходном вегетативном статусе выявлено достоверное различие частоты встречаемости ваготонических и симпатикотонических признаков в сравнении с контрольной группой, и при этом преимущественно встречались признаки 2-го и 1-го порядков. Частота вариантов ИВТ: ваготония – у 59,6%, дистония – у 40,4% пациентов. По индексу Кердо у всех больных выявили наличие внутрисистемной дистонии. При изучении вегетативной реактивности по значениям базальной КИГ у всех больных выявили наличие достоверных отличий ( $p < 0,01$ ) от здоровых: обнаружили пониженную активность нервного канала симпатической нервной системы (СНС), что определило у них достоверное преобладание по сравнению со здоровыми парасимпатического тонуса и достоверное различие ( $p < 0,01$ ) нервного канала СНС со здоровыми в виде понижения его активности. При анализе процессов функционирования, степени напряженности регуляторных систем у больных вазомоторным ринитом по сравнению со здоровыми выявлено достоверное уменьшение ИН ( $p < 0,001$ ), что говорит о повышении парасимпатической активности. При рассмотрении состояния ВР при вазомоторном рините обнаружена избыточная ВР. Мы также полагаем, что уровень ВР у больных влияет не только на значение ВТ, за формирование которого отвечает преимущественно автономный контур регуляции ВНС, но и состояние центрального контура ВНС, определяющего адаптационные возможности организма. Нами изучалось ВО при ак-

тивных ортоклинопробах, пробе с умственной нагрузкой у здоровых и у больных вазомоторным ринитом. У здоровых лиц ВО перехода из горизонтального положения в вертикальное осуществлялось снижением активности парасимпатической нервной системы (ПНС) на 18,9% от исходного, повышением активности гуморального канала СНС на 21,6%, повышением активности нервного канала СНС на 8,1%, что способствовало повышению ИН на 101,6%. При вазомоторном рините отмечалось достоверное парадоксальное повышение активности парасимпатической нервной системы (ПНС) на 4,3%. У всех больных вазомоторным ринитом на пробу умственной нагрузки наблюдается прирост ИН, что соответствует выраженной активации нервного канала СНС ( $p < 0,01$ ). Пробы на различные виды ВО деятельности показали, что у больных изменения в состоянии ВНС происходят как в ортоклинопробе, так и в пробе с умственной нагрузкой, но ортопроба обладает наибольшей из известных классических проб на ВО деятельности чувствительностью в выявлении дисрегуляторных изменений ВНС. Снижение активности ПНС и выраженная активность нервного канала СНС при полипозном синусите выявлена на пробу с умственной нагрузкой.

Таким образом, обе из рассмотренных проб на различные виды деятельности имеют большое диагностическое значение для определения функционального состояния ВНС: функциональная недостаточность каналов СНС лучше проявляется в ортопробе, а ПНС – в пробе с умственной нагрузкой.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют об изменениях вегетативной регуляции при вазомоторном рините, что можно охарактеризовать слабостью процессов мобилизации ресурсов, снижением резервных возможностей для сохранения гомеостаза и обеспечения нормального гомеокинеза, несостоятельностью центрального контура управления функциональными системами организма. Для коррекции этих нарушений необходимо находить новые методы терапии, направленные на нормализацию указанных нарушений вегетативной регуляции.

© С.М. Пухлик, Р.П. Крамаренко, 2016

*Б.М. ПУХЛИК, О.Л. БОБЕЛО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, І.С. БЕРЕЗА,  
Н.М. СУРКОВА, Г.В. ШЕТМАНЮК (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

## **МОЖЛИВОСТІ ПРИВАТНОГО АЛЕРГО-ІМУНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ АЛЕРГІЧНОГО РИНОСИНУСИТУ (АРС)**

Згідно протоколу надання медичної допомоги хворим на алергічний риніт (наказ МОЗ України № 432 від 03.07.2006) до переліку обов'язкових обстежень входить збір скарг та анамнезу, огляд алерголога, шкірне тестування мікст-алергенами з наступним дообстеженням відповідною групою алергенів, огляд отоларинголога, рентгенологічне дослідження носа і навколоносових пазух. Повне виконання певних додаткових обстежень (поглиблене тестування *in vivo* розширеними наборами алергенів), *in vitro* (дослідження загального і специфічного IgE) ендоскопія, комп'ютерна томографія) можливе лише на IV рівні медичного закладу, що відповідає IV рівню консультативного центру МОЗ АМНУ.

В структурі ринку приватних медичних послуг алергологія і імунологія займає менше 1% (Константинов К.М., 2013). Однак, досвід роботи приватного алерго-імунологічного центру (м. Вінниця) на протязі 3-х років продемонстрував можливості виконання переважної більшості як обов'язкових, так і додаткових досліджень. Лише організація рентгенологічного дослідження носа і біля носових пазух на базі центру на даний проміжок часу виявилась недоцільною.

З метою максимальної зручності обстеження хворих на АРС з'ясувалось доцільним організація основного переліку додаткових обстежень згідно вказаного протоколу. Серед них:

1. Цитологічне дослідження мазків-відбитків зі слизової оболонки носа з оцінкою якісного та кількісного складу клітин з його характеристиками (проліферація, дистрофія, метapлазія) і характеристикою флори.

2. Поглиблене шкірне обстеження з пилюковими, побутовими, епідермальними і грибовими моноалергенами, що виробляються ТОВ «Імунолог» (Україна). При неможливості постановки тестів *in vivo*, постановка тестів *in vitro* (визначення специфічного IgE, ІТМ, ВМЛ, тест ОСІК).

3. Для виключення інфекційного риніту бактеріологічне дослідження за допомогою тест-системи (PATHOGENIC SYSTEM double, Італія) з експрес визначенням чутливості до 23 антибіотиків та визначення росту патогенних грибків з визначенням чутливості до антимікотиків (10 препаратів).

4. Золотим стандартом в діагностиці захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються синдромом обструкції носового дихання є ендоскопічне обстеження порожнини носа і носоглотки (Тихомирова І.А., 2008), що згідно протоколу сягає рівню консультативного центру МОЗ АМНУ.

Таким чином, в умовах реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні Вінницький алерго-імунологічний центр ТОВ «Алергоцентр КПП» може бути моделлю організації алерго-імунологічних послуг населенню.

© Б.М. Пухлик, О.Л. Бобело, А.І. Барціховський, І.С. Береза, Н.М. Суркова, Г.В. Шетманюк, 2016

*О.І. РАДЧЕНКО, В.О. КОНЮШНЯК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **НОВІ СИСТЕМИ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ОТІКОН МЕДИКАЛ – ОПТИМАЛЬНЕ РІШЕННЯ ДЛЯ НЕМОВЛЯТ, ДІТЕЙ ТА ДОРΟΣЛИХ**

Клінічні дослідження показали, що системи кохлеарної імплантації (СКІ) покращують здатність дітей розуміти мовлення, а швидкість розвитку мови після імплантації вище, ніж у неімплантованих глухих дітей, та аналогічна швидкості у дітей з нормальним слухом (Svirski, M.A. et al, 2000). Кохлеарна імплантація може бути безпечно проведена у дітей дуже раннього віку з хорошими результатами розвитку мови – швид-

кість розвитку сприймання мовлення та власного виразного мовлення у дітей, що були імплантовані до 12 місяців, перевищує швидкість у дітей, імплантованих між 12 та 24 місяцями, та відповідає швидкості, досягнутій їх нормально чуючими однолітками (Dettman, S. et al, 2007).

Для потреб ранньої кохлеарної імплантації Oticon Medical розробив системи КІ для немовлят та дітей раннього віку. Один з найбіль-



ших викликів у таких дітей є дуже малий розмір та тонкі кістки черепа. Oticon Medical розробив інноваційну систему KI – Neuro Zti. “Zti” є скороченням від Zirconia (цирконій) та Titanium (титан) – два біосумісні матеріали. Вони роблять конструкцію Neuro Zti дуже міцною проти ударів, перевищуючи стандартні 2,5 Дж. Корпус приймача Neuro Zti з цирконію може витримати до 7 Джоулів та є прозорим для радіохвиль, дозволяючи безпосередню передачу від звукового процесора. Завдяки цим матеріалам можливі дуже малі розміри імплантата та його міцність, здатність витримувати удари, що трапляються у повсякденному житті малюка.

Тоненька антена імплантата захищена та інтегрована у корпус приймача. Завдяки ультракомпактному дизайну Neuro Zti можлива найменша у світі зона хірургічного втручання, що також дозволяє більшу косметичну свободу хірургів щодо розміщення на голові та більш ергономічну установку звукового процесора. Приймач імплантата може бути розташований ближче до вуха, ніж до затылку. Для багатьох користувачів, особливо немовлят та маленьких дітей, це є більш практичним у багатьох повсякденних ситуаціях, таких як поїздки в автомобілі.

За допомогою багатьох хірургів конструкція імплантата Neuro Zti оптимізована для мінімально інвазивної хірургічної процедури завдяки низько-травматичній системі фіксації другого покоління. Імплант закріплюється за допомогою двох маленьких титанових гвинтів, що не потребує свердлення отворів в кістці. Конструкція Neuro Zti також звільняє від необхідності свердлення кісткового ложа та вшивання для закріплення імплантата і суттєво скорочує час, необхідний для операції, та знижує пов'язаний з операцією ризик ускладнень. Система фіксації Neuro Zti також мінімізує ризик зміщення пристрою (Guevara N. Et al., 2010). Гнучкі «крила» з титановими вставками, що легко пристосовуються до поверхні кістки, дозволяють пристосувати імплант Neuro Zti до бідь-якого розміру голови, що дуже важливо для немовлят і маленьких дітей. Два варіанти конструкції електродної системи (array) Neuro Zti розроблені для комфортного вставлення без травмування тонкої структури завитки. Клінічні дослідження показали, що система дуже міцна та надійна, і зміщення приймача не трапляється.

Для немовлят та маленьких дітей є нетравматична електродна система Neuro Zti EVO – розроблена для зберігання тонких структур завитки, що, зокрема, важливо у випадках наявності залишкового слуху. Його гладка поверхня, малий діаметр, тонкий кінець та еластичність забезпечує легке, нетравматичне введення, так

що кохлеарні структури зберігаються наскільки можливо. Електродна система EVO має кільця для проштовхування біля своєї основи, що полегшує щільне закриття точки входу пучка до завитки та мінімізує ризик інфекції та/або витікання цереброспінальної рідини (CSF). Така повно-діапазонна форма дозволяє оптимізувати орієнтацію імплантата у завитці, знизити імпеданс та стимуляцію з низько-зарядною щільністю.

Електронна платформа Neuro Zti містить особливий алгоритм Neuro ECAP 1.0 цифрової обробки сигналу (DSP) для вимірювання та аналізу нейронних відгуків, який дозволяє клініцистам ефективно вимірювати електрофізіологічні відгуки з завитки. Такі вимірювання корисні для верифікації функціонування приладу, оцінки наслідків для пацієнта та створення мапінгу (mapping) у пацієнтів з обмеженими або відсутніми даними поведінкової аудіометрії – таких як немовлята та маленькі діти.

Система Neuro Zti сумісна з обстеженнями МРТ (MRI). Вона є безпечною при стандартному рівні 1.5 Тесла та 3 Тесла (коли видалено зйомний магніт).

Імплант Neuro Zti підтримує нові стратегії цифрової обробки сигналу, і при появі нових технологій для поліпшення слухового сприймання пацієнт завжди зможе ними скористатися. Щоб упевнитись, що імплант Neuro Zti працює оптимально, він містить компонент, який дозволяє сурдологу перевіряти регулярно його настройки та загальну інтегративність – шляхом вимірювань електрично викликаних потенціалів дії (Electrically Evoked Compound Action Potential, ECAP). Ці вимірювання можуть бути також застосовані для настроювання і досягнення кращих слухових результатів.

Ще одним значним покращенням є зовнішній заушний цифровий процесор Neuro One, який використовує передову технологію обробки сигналу Oticon, що поєднує найсучасніші досягнення у слухових апаратах і системах кохлеарної імплантації. Його автоматичні властивості, інноваційна обробка звуку та безпроводні можливості надають дитині високу результативність та комфортність користування, так що дитина відчуває кращий слух та розуміння мовлення в усіх ситуаціях повсякденного життя, швидше засвоює мову та соціальні навички. Neuro One безперервно та автоматично аналізує звукове оточення користувача та автоматично обирає найбільш доцільну стратегію обробки звуку для кожної ситуації. Передова обробка звуку Coordinated Adaptive Processing автоматично надає дитині максимум чутності мовлення та чистоту звуку у всіх ситуаціях слухання. Система отримує та утримує звукову інформацію в

широкому вхідному динамічному діапазоні (IDR) від 23 до 115 дБ РЗТ по всьому ланцюжку обробки звуку без спотворення. Система аналізує інформацію з детекторів оточення та переключається між трьома різними режимами направленості (ненаправлений, розділена та повна направленість) та забезпечує найкраще співвідношення рівнів мовлення та шуму, навіть у найскладніших ситуаціях слухання. Автоматична багатосмугова система компресії «Захист голосу» (Voice Guard) зберігає максимум мовленнєвої інформації в усіх ситуаціях слухання, так що повний вхідний звук кодується в електричний динамічний діапазон. Використовуючи чотири незалежні частотні кластери, Voice Guard дозволяє одночасно обробляти різні звукові входи та миттєво відгукуватись на звукове оточення, яке швидко змінюється. Алгоритм зниження шуму Voice Track TM спочатку пропускає оточуючі шуми, а потім стабілізує та знижує їх. Таким чином дитина отримує переваги кращого розуміння мовлення в шумних ситуаціях, але при цьому може почути важливі не мовленнєві ото-

чуючі звуки (наприклад, дзвінок телефону або будильника). Шум вітру також є звісною проблемою в СКІ. Щоб вирішити її, звуки послаблюють залежно від сили шуму вітру, таким чином захищаючи слух дитини від надто гучного шуму вітру.

Телебачення, музика, мобільні телефони та комп'ютери стали звичайною частиною сучасного життя. Neuro One надає підростаючій дитині доступ до різноманіття електронних пристроїв та насолоджуватися чистішим звуком – через технології Hear It Media та Bluetooth.

Neuro One є дуже надійним та відповідає найвищим стандартам безпеки. По мірі ростання дітей та розвитку їх відчуття свого зовнішнього вигляду, для задоволення їх естетичних потреб Neuro One випускається у кількох кольорах.

На закінчення, Oticon Medical Neuro – це переважна система кохлеарної імплантації для немовлят та маленьких дітей, а також дорослих з глибокою втратою слуху, яка дозволяє розвивати мовлення, мову та соціальні навички.

© О.І. Радченко, В.О. Конюшняк, 2016

*А.П. РИБАЛКО, Н.А. ТЕЛЕГІНА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ІРИГАЦІЙНА ТЕРАПІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ**

Синусит – провідна патологія в оториноларингології, як в поліклініці, так і в стаціонарі. В останні десятиліття захворюваність синуситами збільшилася майже в 3 рази, а питома вага госпіталізованих хворих зростає щорічно на 1,5-2%. Лікування таких пацієнтів залишається однією з найактуальніших проблем оториноларингології (Д.І. Заболотний, 2010). Верхньощелепний синусит (ВЩС) або гайморит – запалення слизової оболонки верхньощелепної пазухи. Формою ВЩС, яка найбільш часто спостерігається, є гнійна (В.І. Попович, 2013). Одним з традиційних способів лікування гнійних гайморитів є пункційний метод. Його основні принципи – евакуація патологічних виділень з синуса, дренажування і топічне лікування запального процесу, що здійснюється введенням в пазуху лікарських речовин (ЛР). При всіх своїх перевагах, основною з яких є прямий доступ до вогнища запалення, пункційний метод має певні недоліки. Необхідною умовою відновлення мукоциліарного кліренсу (МЦК) і ерадикації збудників синуситу, як критеріїв лікування ВЩС, є чиста, «відмита», слизова оболонка пазухи. Кі-

лькість рідини (200-300 мл) що використовується в повсякденній практиці при промиванні синуса недостатня для виконання цієї умови. «Золотим стандартом» при першій пункції є посів виділень з метою визначення збудника і подальшої адекватної етіотропної терапії, що є складним в практичній діяльності лікаря поліклініки через обмеженість термінів непрацездатності і лікування пацієнта. Тому в пазуху вводять ЛР, підібрані емпіричним шляхом. Найчастіше використовують розчини антибіотиків, що нерідко призводить до розвитку грибкової флори, збільшенню ризику виникнення медикаментозної алергії. Ці ЛР пригнічують МЦК (Г.З. Пискунов, В.А. Клевцов, 1982).

**Метою** нашої роботи було визначення ефективності очищення слизової оболонки і відновлення МЦК при лікуванні ВЩС, що досягається промиванням пазухи рідиною, не пригнічуючою МЦК (0,9% розчином NaCl) в кількості, що перевищує обсяг синуса в 50-70 разів, без місцевого використання ЛР.

**Матеріали та методи.** У період з червня 2015 по лютий 2016 рр. на базі ЦП МВС м. Києва

ми спостерігали 125 пацієнтів з неускладненим гнійним ВЩС. Хворі були у віці від 18 до 65 років. Чоловіки склали 38%, а жінки – 62% від загальної кількості спостережуваних пацієнтів. Гострий ВЩС діагностований нами у 81% хворих, хронічний у 19% відповідно. Двобічний процес ми спостерігали у 74% пацієнтів. Всі хворі дали згоду на пункційний спосіб лікування. Від установки дренажів в пазухи ми відмовилися, щоб виключити фактор «чужорідного тіла». Основна група хворих з 55 (44%) осіб отримувала стандартизоване лікування – антибіотики, антигістамінні засоби, місцеві і системні деконгестанти, секретолітики, НПЗЗ, вітаміни, еубіотики. Пацієнтам цієї групи ми виконували пункції гайморових пазух, від 2 до 5 на курс, з подальшим промиванням стерильним 0,9% розчином NaCl у кількості від 1500 до 2000 мл на одну пазуху одноразово без подальшого введення ЛР. Контрольна група з 70 (56%) осіб отримувала ту ж терапію, але пазухи у них промивали розчинами антисептиків в обсязі до 300 мл і в порожнину синуса вводили водні розчини антибіотиків, антисептиків, кортикостероїдів, муколітиків. Пацієнтам обох груп ми рекомендували вживання рідини не менше 3 літрів на добу. Результати проведеного лікування ми оцінювали по зміні стану хворих, поліпшенню носового дихання, зміні кількості і якості назального секрету, виділень одержуваних при промиванні пазух, рентгенологічного та лабораторного контролю, термінів лікування до клінічного одужання.

#### **Отримані результати та їх обговорення.**

У 1-2 добу від початку лікування 95% хворих основної групи і 58% хворих контрольної групи відзначали збільшення кількості виділень з носа

зі зміною їх консистенції від густих до більш рідким, від гнійних до слизових. Ми оцінили це як початок відновлення МЦК і самоочищення пазух. Зменшення кількості виділень відбувалося на 4-5-у добу у пацієнтів основної групи і на 6-7-у добу – у хворих контрольної групи. При цьому на 6-7-у добу лікування у 85% хворих основної групи при промиванні синуса патологічних виділень не отримано, тоді як у 68% хворих контрольної групи було отримано гній у вигляді згустків. У 1-3 добу від початку лікування у 84% хворих основної та у 85% контрольної груп зменшувалася або зникала головний біль, біль і відчуття тяжкості в області проекції синуса. Але при цьому у 12% хворих контрольної групи на 2-4 добу закладеність носа не зменшувалася, а іноді і збільшувалася – при риноскопії було видно посилення набряку слизової оболонки порожнини носа, більше в області середнього носового ходу. Ми розглядали це як локальну реакцію на місцево застосоване ЛР. Також у 10% цих хворих після введення ЛР відзначалися мінущі парестезії в зубах верхньої щелепи. Середні терміни лікування у хворих основної групи при гострому ВЩС склали 7,2 днів, при загостренні хронічного ВЩС – 10,4 днів. У хворих контрольної групи – при гострому ВЩС – 8,5 днів, при загостренні хронічного ВЩС – 11,8 днів, відповідно.

**Висновки.** Наведена вище методика лікування ВЩС доступна в амбулаторній практиці оториноларинголога, знижує ризик алергічних ускладнень і грибкових уражень синуса. Достатня клінічна ефективність дозволяє використовувати її у хворих з неускладненим гнійним гайморитом.

© А.П. Рибалко, Н.А. Телегіна, 2016

*К.Л. РУДЕНЬКА, Г.Е. ТІМЕН, О.М. ГОЛОД, П.В. ВІННИЧУК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

#### **ТРОФІН ЯК ПРОТЕКТОР АМІНОГЛІКОЗИДНИХ АНТИБІОТИКІВ**

З кожним днем зростає кількість лікарських препаратів, токсична дія яких впливає на внутрішнє вухо і призводить до порушення слуху. Особливо це актуально, коли неможливо відмовитися від їх застосування у зв'язку з тим, що призначення обумовлено життєвими показаннями (онкологічні захворювання, тяжкий перебіг інфекційних захворювань, перебування в реанімації). Ототоксична дія може викликати важкі та незворотні токсичні ураження внутрішнього вуха, що найчастіше розвиваються у

пацієнтів з нирковою недостатністю, у вагітних, новонароджених і немовлят. Велике значення має і одночасне використання двох препаратів, тривалість курсу (понад 10 днів), дози та супутні захворювання. В останні роки для пошуків ефективного медикаментозного лікування хворих з порушеннями слуху все більшу увагу приділяють препаратам, до складу яких входять нейротрофічні фактори. Серед таких препаратів нашу увагу привернула суспензія з ембріональної нервової тканини, створена у ДУ «Інститут

нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» за методикою В.І. Цимбалюка та І.Г. Васильєвої (2001 р.). «Трофін» – екстракт з ембріональної нервової тканини людей 4-6 тижнів гестації, який отримують з абортівного матеріалу. Завдяки наявності у препараті нейротрофічних факторів, суспензія має нейропротекторні та нейростимулюючі властивості.

Метою роботи було вивчення впливу трофіну на функціональний стан внутрішнього вуха морських свинок на фоні аміноглікозидного ототоксикозу.

#### **Матеріал та методики обстеження.**

Експериментальні дослідження виконані на 28 здорових статевозрілих морських свинках, вагою від 250 до 900 г. Тварин було розподілено на 4 групи. І-а група (6 тварин, 12 вух) – інтактні тварини, II-а (6 тварин, 12 вух) – тварини, які отримували розчин трофін в дозі 0,4 мг/кг внутрішньом'язово через день упродовж 14 діб та III-я (10 тварин, 20 вух) – штучно моделювали патологічний процес глухоти за допомогою ототоксичного антибіотика аміноглікозидного ряду – гентаміцину сульфат, який вводився щоденно протягом 14 днів з розрахунку 50 мг/кг ваги. Морські свинки IV-ї групи (6 тварин, 12 вух) щоденно отримували аміноглікозидний антибіотик у вищезазначеній дозі протягом 14 днів (аналогічно III-й групі) та через день за дві години до ін'єкцій аміноглікозидного антибіотика, вводили трофіну внутрішньом'язово, в дозі 0,4 мг/кг ваги, протягом 14 днів.

Всім дослідним тваринам як на початку експерименту, так і по його закінченню визначали стан слухової функції за допомогою отоакустичної емісії на частоті продуктів спотворення (DPOAE – англ.) на приладі «Audera» фірми «Grason-Stadler» (США). Дослідження проводилось по черзі кожній тварині з двох сторін по індивідуально-діагностичних вимірах, без введення у медикаментозний сон. Час обстеження в середньому тривав 5-7 хв. Позитивною реєстрація ОАЕ вважалась за умов рівня амплітуди по шкалі не нижчою мінус 10 дБ РЗТ та співвідношенням сигнал/шум вищим 6 дБ на частоті вимірювання.

#### **Результати дослідження.**

На початку експерименту у всіх 28 морських свинок різних груп: I (інтактні), II (трофі-

ну внутрішньом'язово в дозі 0,4 мг/кг), III (гентаміцину внутрішньом'язово в дозі 50 мг/кг) та IV (модель СНП та внутрішньом'язове введення трофіну) груп оцінювалась зміна слухової чутливості на частотах 2 кГц ( $22,1 \pm 4,60$  –  $24,9 \pm 6,13$ ) і 8 кГц ( $32,2 \pm 7,02$  –  $34,9 \pm 5,61$ ). Функціональних змін слухового аналізатора не було виявлено в жодній з тварин. Однак, після закінчення експерименту, лише у тварин I, II та IV груп відмінностей від початкових даних ОАЕ не спостерігалось, що також було підтверджено і патоморфологічними дослідженнями завитки морських свинок в наших попередніх роботах (Тімен Г.Е. та співавт., 2015; Цымбалюк В.И. и соавт., 2016).

У той же час, на 15-й день експерименту, у тварин III-ї групи, яким після штучно змодельованого аміноглікозидного ототоксикозу, за даними ОАЕ, було виявлено пригнічення функції зовнішніх волоскових клітин у звуженому діапазоні частот ( $9,06 \pm 4,87$  – на 2 кГц;  $16,45 \pm 9,56$  – на 8 кГц), а у 4 тварин, з масою тіла менше 200 г, взагалі була відсутня позитивна реєстрація ОАЕ на діапазоні частот 6 та 8 кГц. Також у тварин III-ї групи не було акустичного інтервалу між кривими виміру шумового рівня та амплітудою продуктів спотворення, що може свідчити про ураження зовнішніх волоскових клітин.

#### **Заключення:**

Використання препарату Трофін дозволило нівелювати ототоксичну дію аміноглікозидного антибіотика гентаміцин, що беззаперечно вказує на його протекторну дію. Доказовою базою цього феномену слугувала отоакустична емісія. Цей метод, як відомо, є функціональним дослідженням тонотопічної характеристики слухової функції у морських свинок, і на відміну від зняття коротколатентних слухових викликаних потенціалів, є короткотривалим, неінвазивним і не потребує седатії у тварин. Ці властивості надають можливість не лише щоденно контролювати, а й виявити перші ознаки патологічних процесів в ході дослідження, функціонального стану рецепторного апарату внутрішнього вуха морських свинок, що вкрай важливо при проведенні експерименту по вивченню ефективності нових лікарських препаратів.

### **ХИМИЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

В структуре онкологической заболеваемости рак головы и шеи составляет 3,5%. Наиболее часто наблюдается плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта, рото- и носоглотки, гортани и гортаноглотки. По данным Национального канцер реестра Украины 60% больных этих локализаций поступают в специализированные лечебные учреждения с местно-распространенным процессом (МРРГШ) – T<sub>3-4</sub>N<sub>0-3</sub>M<sub>0</sub>, и 40% их умирает уже на первом году с момента постановки диагноза. Стандартом лечения больных раком головы и шеи является комбинированный и комплексный методы, включающий лучевую терапию, оперативное вмешательство и химиотерапию. Возможности хирургического и/или комбинированного лечения этих больных оказываются ограниченными и они, как правило, направляются на лучевую терапию.

Целью нашего исследования была оценка эффективности лучевой терапии в сочетании с паклитакселом. В группу сравнения были включены больные МРРГШ, которым проводилась лучевая терапия в комбинации с цисплатином.

Было пролечено 46 больных с диагнозом МРРГШ стадия TNM согласно 6-й редакции – T<sub>3-4</sub>N<sub>1-3</sub>M<sub>0</sub>. Средний возраст пациентов составил 57 лет. Во всех случаях был верифицирован плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки.

Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (24 пациента) – получила химиолучевое лечение, в качестве модификатора использовали цисплатин 50мг/м<sup>2</sup> 1 раз в неделю с обязательной водной нагрузкой. Лучевую терапию проводили в режиме: при облучении опухоли и лимфоузлов шеи разовая очаговая доза (РОД) за фракцию составляла 2 Гр. Лечение проводилось 1 раз в день, 5 дней в неделю до суммарной оча-

говой дозы (СОД) 70 Гр. Первоначальный объем мишени, включавший первичную опухоль и пораженные лимфатические узлы с захватом окружающих тканей в пределах 3 см, облучали до СОД 50 Гр. Затем размеры полей сокращали до захвата 2 см окружающих тканей до СОД 70 Гр. 2 группа – 22 больных. Одновременная химиолучевая терапия в этой группе проведена по следующей схеме: паклитаксел, 30 мг/м<sup>2</sup>, внутривенно в течение 120 мин с обязательной премедикацией и облучение в режиме 70 Гр/35 фракций/7 нед. Схема облучения аналогична 1 группе. Паклитаксел не вводили при абсолютном числе нейтрофилов < 1,5x10<sup>9</sup> г/л, мукозите или дерматите 3-й степени тяжести.

Эффективность лечения оценивалась после окончания лечения по шкале RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors). Медиана времени наблюдения составила 8,2 мес.

**Результаты исследования.** В целом переносимость лечения была хорошей как в первой, так и во второй группах: 100 % больных получили запланированное химиолучевое лечение полностью. Частота полных эффектов в группе с модификацией паклитакселом составила 36,4% против 25% в группе с цисплатином. Через 8 месяцев частота прогрессирования выше в 1 группе пациентов 37,5% против 27,3%.

**Выводы.** Полученные результаты дают нам основание продолжать исследование в данном направлении. В связи с более выраженными лучевыми реакциями во второй группе необходимо чаще прибегать к сопроводительной терапии. Хотя частота острых лучевых реакций выше в группе получавших лучевую терапию в сочетании с паклитакселом, но эффективность лечения в этой группе оказалась также выше, чем в группе сравнения.

### **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ МЕГАПОЛІСУ (НА ПРИКЛАДІ М. ХАРКОВА)**

Вивчення захворюваності населення по зверненню до лікувально-профілактичних закладів є важливою умовою планування і реалі-

зації заходів по профілактиці отоларингологічної патології і удосконаленню спеціалізованої медичної допомоги. Певним маркером ефектив-

ності роботи галузі є показники надання отоларингологічної допомоги дітям, оскільки особливості імунної системи, значний вплив зовнішніх факторів мегаполісу і визначальна роль батьків сприяють розвитку хронічних форм захворювань ЛОР-органів і поєднаних хвороб та негативно відображаються на здоров'ї суспільства в цілому (Демина Ю.А., 2006, Енин И.П. и соавт., 2004, Загорянская М.Е. и соавт., 2003, Качмазова М.Е. 2006, Лазарев В.Н., 2005, Семенов В.Ф. и соавт., 2004).

За останні роки зареєстровано зростання захворюваності дітей по всім класам хвороб, в тому числі і отоларингологічних захворювань (Безшапочный С.Б. и соавт., 2009, Блохина Г.В. и соавт., 2007, Головки А.М., 2010, Зайцева О.В., 2005, Карпова Е.П., 2010, Майорова Е.К., 2011, Тихомирова И.А., 2009).

На цьому тлі відомості про сучасні показники поширеності і структуру хвороб ЛОР-органів у дітей мегаполісу набувають важливого значення, але досліджуються недостатньо (Авдеева С.Н. 2008, Муратов М.В., 2005).

На підставі попереднього аналізу статистичних показників діяльності дитячого відділення КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №30» встановлено зростання питомої ваги гострого середнього отиту і хронічного риносинуситу на тлі збільшення кількості госпіталізованих з важким та ускладненим перебігом захворювання (Самусенко С.О. та співав. 2016). Отримані дані зумовлюють актуальність дослідження роботи первинної ланки надання медичної допомоги. З цією метою був проведений аналіз захворюваності ЛОР-органів у дітей за статистичними показниками діяльності 13 поліклінік 9 районів міста (облікова форма №071/о та звіт по формі 12/о) у співставленні з показниками звернення на пост невідкладної допомоги КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №30» по основним нозологіям (гострий та хронічний отит, гострі запалення глотки, гострий та хронічний риносинусит) за 10 років.

За отриманими даними встановлено перевагу гострих запалень ЛОР-органів над хронічними формами у всіх поліклініках з виразною відмінністю статистичного профілю захворюваності в різних районах міста, які і були сгруповані за останньою ознакою. Так в Новобаварському та Московському районах протягом 2007 – 2015 років мали місце стабільно високі показники випадків захворювання гострими запаленнями глотки на тлі ГРЗ та ГРВІ та значно меншого відсотку звертань з приводу гострого отиту і риносинуситу (6-8 тисяч порівняно до 400-500 звернень відповідно). Наявність відповідних статистичних даних у всіх поліклініках Москов-

ського району (№7, №12 та №13) виключає випадковість та потребує проведення аналізу екологічних, соціальних та кадрових факторів. На відміну від вищенаведених даних, в Шевченківському, Немишлянському та Основ'янському районах за весь період спостереження провідними нозологіями на амбулаторному прийомі залишались гострі отити та риносинусити із співпадінням показників в поліклініках одного (Шевченківського) району. В Слободському, Індустріальному, Холодногірському та Київському районах виявлені нестабільні показники із значним зростанням захворюваності в Індустріальному та Холодногірському районах протягом 2010 – 2015 років. Позитивне зниження всіх показників в Слободському районі відбувається на тлі досить значної питомої ваги умовних ускладнень риносинуситів – гострих середніх отитів, що може бути певною ознакою необхідності підвищення якості лікування риносинуситів. В Холодногірському районі виявлений значний «немотивований» розбіг показників (2500 випадків гострих риносинуситів в 2011-2012 рр. і лише 400 протягом 2013-2015 рр).

В той же час на пост невідкладної допомоги КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №30» щотижнево звертаються 500 -560 пацієнтів, із них 32 – 39% - діти. Найбільший відсоток пацієнтів – мешканці Московського, Київського, Немишлянського та Слободського районів. Провідна патологія при зверненні – гострий середній отит на тлі риносинуситу, що певною мірою співпадає та пояснює низький відсоток пацієнтів з цією патологією на поліклінічному прийомі та загальне зменшення звернень до поліклініки. Батьки дітей Шевченківського, Немишлянського та Основ'янського районів в 20 - 27% випадків звертались з приводу гострих запалень лімфаденоїдного глоткового кільця. Встановлено, що відсоток дітей, доставлених машиною невідкладної допомоги складає лише 20-23 % з переважною більшістю самозвернень, що свідчить про недоліки роботи первинної ланки надання отоларингологічної допомоги дітям, в тому числі просвітньої з батьками.

Таким чином, встановлена наявність відмінності статистичних профілів захворюваності дітей в поліклініках районів міста Харкова із співпадінням даних поліклінік одного району, що виключає випадковість. Зростання питомої ваги окремих нозологій у дітей-мешканців різних районів міста за даними поста невідкладної допомоги знаходиться у відповідності районним показникам захворюваності. Високий відсоток самозвернень батьків дітей на пост невідкладної допомоги певних районів свідчить про доцільність проведення аналізу медичних маршрутів з

виявленням «слабкої ланки» (поліклініка, провайдери різних форм власності, особистість ба-

тьків) і розробки заходів ефективної медико-профілактичної роботи.

© С.О. Самусенко, Н.А. Головки, І.В. Філатова, І.Ю. Распопова, 2016

*І.І. САПІЖАК, Г.Е. ТІМЕН, В.І. ЦИМБАЛЮК, С.П. ЧУБКО, Л.П.СТАЙНО, Н.К. ЧЕРНИШОВА  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ВИЗНАЧЕННЯ ПРОТЕКТОРНОЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ НЕЙРОНАЛЬНИХ СТОVBУРОВИХ КЛІТИН ПРИ ЗМОДЕЛЬОВАНОМУ АМІНОГЛІКОЗИДНОМУ ОТОТОКСИКОЗІ**

Метою даної роботи було вивчити ефективність протекторної та лікувальної дії суспензії нейрональних стовбурових клітин при експериментально викликаному аміноглікозидному ототоксикозі у морських свинок.

Експеримент проведено на 40 тваринах (статевозрілі морські свинки) вагою 250-600 грам, які були розподілені на 8 груп, в залежності від способу та шляху введення НСК.

Моделювання патологічного процесу глухоти проводили за допомогою ототоксичного антибіотика аміноглікозидної групи – гентаміцину сульфат, який вводили з розрахунку 100 мг/кг внутрішньом'язово щоденно протягом 14 днів.

Усім тваринам на початку експерименту, перед введенням НСК та по закінченні дослідження проводилось обстеження стану слуху методом реєстрації отоакустичної емісії та коротко латентних слухових викликаних потенціалів (ОАЕ, КСВП). Суспензія нейрональних стовбурових клітин вводилась в об'ємі 2 млн. клітин в 0,5 мл інтратимпанально та 4 млн. клітин в 1,0 мл внутрішньом'язово на 1, 8, и 15 добу експерименту.

Використана методика забору та приготування суспензії ембріональних стовбурових клітин дозволяє забезпечити потрібну їх кількість для подальшої трансплантації *in vivo*, з незмінними для цих клітин характеристиками.

У свинок I групи, які отримували гентаміцин з 1-ї доби, починаючи з 8-9 дня дослідження у тварин з'являлися незначні ознаки інтоксикації, які проявлялись в'ялістю, зниженням рухливості, частим діурезом та слабо позитивним рефлексом Preyer'a. і трималися до 14 доби.

У тварин II групи (контрольна група) на 14 добу від 1-го дня введення фізіологічного розчину ніяких поведінкових змін та патологічних порушень не було виявлено.

Тварини 1-2 груп виводились з експерименту через 14 діб з початку введення розчину натрію хлорид та гентаміцину відповідно. Таким чином, отримано не достовірні зміни порогів слуху після введення фізіологічного розчину в II групі ( $p > 0,05$ ), тобто фізрозчин, як і очікувалось не впливає на пороги слухосприйняття.

Морським свинкам III групи в перший день експерименту в стерильних умовах під бінокулярною лупою при 4-кратному збільшенні вводили суспензію НСК (2 млн. клітин в 0,5 мл) інтратимпанально. Після цього щоденно проводилось введення розчину гентаміцину сульфат внутрішньом'язово (100 мг/кг протягом 14 днів). Змін загального стану тварин протягом експерименту не відмічалось, вони були звичайно активні, рефлекс Preyera залишався позитивний. При реєстрації КСВП контрольної групи тварин порівняно з дослідною отримані не достовірні зміни, ( $p > 0,05$ ), що свідчить про наявність протекторної дії НСК.

Під час проведення дослідів у тварин IV групи, яким НСК вводилось на 8 добу введення гентаміцину, коли були відмічені вже ознаки загальної інтоксикації. Після введення НСК інтоксикоцйні симптоми поступово зменшувались і на момент виведення з експерименту не визначались. При реєстрації КСВП отримані не достовірні зміни ( $p > 0,05$ ), що свідчить про наявність лікувальної дії НСК.

Після введення НСК на 15 добу (V група) спостерігалось поступове покращення загального стану тварин протягом 14 діб до моменту їх виведення з експерименту. При реєстрації КСВП отримані не достовірні зміни, ( $p > 0,05$ ), що свідчить про наявність лікувальної дії НСК.

Тваринам VI групи в перший день до внутрішньом'язового введення розчину гентаміцину сульфат із розрахунку 100 мг/кг, було проведено внутрішньом'язову ін'єкцію суспензії НСК 4млн. клітин (1.0 мл). При реєстрації КСВП

отримані не достовірні зміни ( $p > 0,05$ ), що свідчить про наявність лікувальної дії НСК.

Тваринам VII групи протягом перших 7 днів проводилось внутрішньом'язове введення розчину гентаміцину сульфат з розрахунку 100 мг/кг. На 8 день введення розчину гентаміцину піддослідним тваринам введено суспензію НСК 4 млн. клітин (1,0 мл) протягом наступних 7 днів дослідним тваринам продовжувалось щоденне введення розчину гентаміцину сульфат із розрахунку 100 мг/кг. На 15 день експерименту морським свинкам проведено обстеження слуху. Наступні 10 днів тварини знаходились під спостереженням. Вони були активні, без ознак патології. На 25-й день експерименту морські свинки виведені з експерименту. При реєстрації КСВП контрольної групи тварин порівняно з дослідною отримані не достовірні зміни ( $p > 0,05$ ), що свідчить про наявність лікувальної дії НСК.

Тварини VIII групи отримували розчин гентаміцину сульфат 100 мг/кг внутрішньом'язово протягом 14 днів. На 12 добу з'явилися ознаки загальної інтоксикації. На 15 день дослідним тваринам проведено введення суспензії НСК 4 млн. клітин 1,0 мл внутріш-

ньом'язово. Наступні 14 днів морські свинки знаходились під спостереженням. З 18 дня експерименту у морських свинок відмічалось покращення загального стану, вони стали рухливіші, зменшилось випадіння шерсті, однак рефлекс Преєра був відсутнім. При реєстрації КСВП контрольної групи порівняно з дослідною у двох тварин отримані не достовірні зміни, ( $p > 0,05$ ) що свідчить про наявність протекторної дії НСК, у 4 – залишилось зниження слуху.

**Висновки.** 14-денне введення гентаміцину морським свинкам (I група) викликає порушення слухової функції.

Введення НСК в перший день штучно змодельованого аміноглікозидного ототоксикозу, попереджало прояви загальної дії та негативного впливу на функцію внутрішнього вуха (КСВП).

Введення НСК на 8 добу штучно змодельованого аміноглікозидного ототоксикозу, супроводжувалось лікувальним ефектом, про що свідчать порівняння результатів КСВП ( $p > 0,05$ ).

Отже, ці дані дозволяють констатувати про наявність протекторної та лікувальної дії НСК на ототоксичні прояви гентаміцину.

© І.І. Сапіжак, Г.Е. Тімен, В.І. Цимбалюк, С.П. Чубко, Л.П.Стайно, Н.К. Чернишова, 2016

*Р.Р. СЛИПЕЦЬКИЙ, О.О. ГАЛАЙ (ЛЬВІВ)*

## **СУЧАСНІ НАУКОВІ НАПРЯМКИ У ЛІКУВАННІ РАКУ ГОРТАНІ, ЗАСНОВАНІ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Вступ.** Гортань хоч і не відноситься до життєво-важливих органів, однак функція формування голосу примушує науковців та лікарів до пошуку шляхів її збереження у випадку онкологічного ураження. Сучасні принципи лікування раку гортані засновані на мультицентричних клінічних дослідженнях так і повсякденній практиці скеровані на дотримання цього принципу. Водночас, при цьому актуальним залишається дотримання абластики і локального контролю, покращення показників виживаності, зниження рівнів рецидиву та забезпечення відповідної якості життя.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз 533 клінічних досліджень зареєстрованих у Міжнародній базі даних клінічних досліджень ClinicalTrials.gov за період з 1986 по 2016 роки, а також 856 наукових публікацій зареєстрованих у медичних базах даних MEDLINE, PubMed, EMBASE, Web of Science, Medscape, MDLinx за

період з 1 серпня 2015 по 1 серпня 2016 року, які безпосередньо стосувалися діагностики та лікування раку гортані.

**Результати.** З 533 клінічних досліджень важливо виділити 12, які мали значний вплив на зміну рекомендацій щодо лікування раку гортані.

У клінічному дослідженні DAHANCA 5 (1998) виявлено, що додавання гіпоксичного сенсibilізатору німоразолу до променевої терапії (ПТ) покращує локальний контроль при раку глотки і надголосникового відділу гортані. Перспективним продовженням цієї роботи стала III фаза дослідження NIMRAD (2014-18 pp., відкритий набір). Великі міжнародні мультицентричні дослідження DAHANCA 6 та 7 (2010) змінили підходи до тривалості ПТ (6 фракцій на тиждень замість 5) та сумарної вогнищевої дози (66-70 Гр замість 60-62 Гр). Така методика дозволила досягти кращого локального контролю та відновлення голосу, однак не мала переваг у



регіонарному контролі. Підходи до проведення паліативної ПТ змінилися після дослідження QUADSHOT (2005), адослідження IAEA-ACC (2010) та GORTEC 99-02 (2012) виявили переваги прискореної ПТ перед звичайним фракціонуванням. Додавання індукційної хіміотерапії (ХТ) дозволило збільшити частоту збереження гортані відповідно до результатів дослідження EORTC 24891 (2012). Це дослідження започаткувало тренд щодо застосування індукційних режимів. Зокрема, у дослідженні RTOG 91-11 (2013) було доведено, що конкурентна хіміо-променева терапія є найкращим варіантом щоб максимально довго зберегти гортань у запущеному випадку. Конкурентна ХТ була визнана кращою формою ад'ювантної ХТ після результатів дослідження MACH-NC (2009), а додавання цетуксимабу до препаратів платини та 5-фторурацилу значно покращило частоту відповіді та загальну виживаність при запущеній хворобі і значних метастазах (дослідження ECOG 5397, 2005 р. та EXTREME, 2014 р.).

**Висновки.** Відповідно до аналізу сучасної літератури напрямки наукових досліджень

скеровані перш за все на хіміопревенцію (ідентифікацію нових та більш ефективних препаратів), прогностифікацію (розробку комплексних прогностичних критеріїв, включення факторів коморбідності, віку, якості життя до лікування, значення HPV-позитивного раку гортані), модифікацію існуючих методик хірургії (мікроларингеальні втручання, TLM-втручання), ПТ (змінне фракціонування, IMRT, повторна ПТ за допомогою прецензійних методик, комбінація ПТ з новими хіміопрепаратами у конкурентному та неоад'ювантному режимах), ХТ (неоад'ювантна ХТ на основі таксанів з новими препаратами для покращення можливості зберегти гортань при метастатичному та нерезектабельному раку гортані), а також пошук нових методик (індивідуалізована терапія з ідентифікацією хіміо- та радіорезистентних мутацій у хромосомах 3q, 7p та 11q) та препаратів (низькомолекулярних інгібіторів тирозинкінази, інгібіторів PI3K/Akt/mTOR, інгібіторів судинного ендотеліального фактору росту, протеасомних інгібіторів).

© Р.Р. Сліпецький, О.О. Галай, 2016

*Н.Б. СОННИК, В.В. ЛОБУРЕЦ, А.Г. ПОДОВЖНИЙ (ПОЛТАВА, УКРАЇНА)*

### **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ МИНДАЛИН ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА И УЗДЕЧЕК ГУБ И ЯЗЫКА**

Гипертрофия глоточной и небных миндалин часто сочетается, при этом их гипертрофия II - III степени чаще требуют хирургического лечения. Такие структурные нарушения в полости рта и его преддверии, как измененная уздечка губ и языка, в детском возрасте встречается почти у каждого 5 ребенка. Проведение пластики уздечек полости рта чаще выполняется у детей в возрасте от 3 до 8 лет.

Длительный ротовой тип дыхания, обусловленный носовой обструкцией, в раннем детском возрасте приводит к нарушению прикуса. Патология уздечек преддверия и полости рта также способствует формированию стойкого ротового типа дыхания, нарушает фонетику речи и является одной из причин нарушения прикуса у детей. И, таким образом, эти 2 патологических фактора начинают действовать в комплексе с эффектом кумуляции негативного влияния.

Изучение архивов историй болезни детских отделений: хирургической стоматологии и

ЛОР-отделения показали, что многим детям проводились операции на лимфоглоточном кольце и пластика уздечек губ и языка проводились в плановом порядке с небольшим временным расхождением.

**Цель исследования:** обеспечение возможности одномоментного хирургического лечения детей с гипертрофией миндалин лимфоглоточного кольца, сопровождающихся наличием аномальных уздечек губ и языка.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 12 детей в возрасте от 4 до 8 лет (5 мальчиков и 7 девочек) с гипертрофией миндалин лимфоглоточного кольца, сопровождающихся наличием уздечек губ и (или) языка, которым в условиях детского ЛОР отделения проведено комплексное хирургическое лечение: аденотонзиллотомия с пластикой коротких уздечек языка и губ.

Аденотомия выполнялась с использованием микродебридера под оптическим контролем. Тонзиллотомия обеспечивалась петлей Ба-

хона и окончательным конхотомом. Пластика уздечек проводилась по методу Дифенбаха (V пластика).

**Результаты и их обсуждение.** Порок развития уздечки верхней губы характеризовался нетипичным прикреплением её ножки. У 4 (33%) наблюдали непроникающую форму аномалии (без вплетения ножки уздечки в межальвеолярный шов). У 2 (17%) – проникающая форма. Порок развития уздечки языка проявлялся уменьшением её длины и нетипичным местом прикрепления «ножек», а так же изменением её толщины. У 8 (67%) пациентов порок развития уздечки языка имел I-й вариант – прикрепление к верхушке языка и тканям дна ротовой полости кпереди от подъязычных сосочков; у 4 (33%) – порок развития уздечки языка по II-му варианту – прикрепление к верхушке языка и альвеолярному отростку. При короткой уздечке языка выявляли нарушение смыкания губ у 7

детей (58%); нарушение движений языка при облизывании губ по кругу – у 4 (33%); нарушение движений языка к кончику носа – у 9 (75%).

У 7 детей (58%) выявляли нарушение фонетики при произношении некоторых звуков, а у 5 (42%) отмечена патология развития прикуса. У 4 детей (33%) с аденоидными вегетациями III-й степени наблюдали сочетанную гипертрофию небных миндалин III-й степени.

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение: аденотонзилотомия и френулопластика. Ни в одном из наблюдений не наблюдалось осложнений. Ведение послеоперационного периода не выходило за пределы стандартов, предъявляемых после тонзилотомии и аденотомии. Своевременное комплексное лечение повышает эффективность восстановления носового дыхания и фонетики речи, способствует улучшению результативности занятий с логопедом по коррекции фонетики речи.

© Н.Б. Сонник, В.В. Лобурец, А.Г. Подовжний, 2016

*И.К. ТАГУНОВА, К.Г. БОГДАНОВ, А.В. АНДРЕЕВ (ОДЕССА, УКРАИНА)*

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ГЛОТКИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Высокая респираторная заболеваемость в значительной степени обусловлена герпесвирусной инфекцией (ГВИ), в частности ДНК-содержащим  $\gamma$ -герпесвирусом 4 типа Эпштейна-Барр, обладающим лимфотропностью, в основном, к В-лимфоцитам и  $\beta$ - вирусы, поражающие различные виды клеток, которые при этом увеличиваются в размерах (цитомегалия). К ним относятся цитомегаловирус, HHV-6, HHV-7. Результатом таких влияний, является изменение соотношения паренхиматозных элементов в лимфоидной ткани миндалин, что не может не отразиться на их функциональных возможностях. Воспалительные процессы ротоглотки сопровождаются образованием иммунных комплексов (ИК) на поверхности слизистых, которые накапливаются в жидкой фазе ротоглоточного секрета. Сывороточные иммуноглобулины классов М и G, являются главными составляющими ИК. Являясь частью нормального иммунного ответа на антигены, ИК могут выступать в роли агрессивных факторов, особенно при воспалительных процессах инфекционного характера. Концентрация ИК коррелирует со степенью воспаления слизистых.

Целью исследования явилось изучение возможности и эффективности определения индивидуальной чувствительности к иммунотропным препаратам (ИП) для дальнейшего лечения пациентов с гипертрофией лимфоидной ткани глотки, обусловленной персистенцией ГВИ.

Тщательное клинико-лабораторное обследование проведено у 20 пациентов в возрасте от 4 до 46 лет. Применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в эпителиальных соскобах из глотки. В случае выявления ДНК-вируса, исследовалась кровь (количественный метод), ИФА – скрининг – выявление антител к антигенам ГВИ. При выявлении инфекции у больных с рецидивирующими заболеваниями верхних дыхательных путей и гипертрофией лимфоидной ткани глотки, для изучения степени функциональной недостаточности лимфоцитов крови, необходимости иммунной коррекции *in vitro* определялась чувствительность к ИП по приросту T-CD2+ лимфоцитов после воздействия ИП. Последующая иммуномодулирующая терапия производилась не эмпирически, а индивидуально подобранными препаратами, в сочетании с общестимулирующей климато-

физиотерапией в осенне-весенний период, в течение двух лет. Индикатором эффективности проводимой терапии, явилось определение концентрации ИК в жидкой фазе ротоглоточного секрета. В ходе исследования отмечалось уменьшение эпизодов обострений, нормализация общего состояния, уменьшение степени гипертрофии лимфоидной ткани и эта динамика сохранялась спустя 1,6,12 и 24 месяцев. При оценке клинической эффективности проводимого лечения у 14 (70%) пациентов был получен хороший и отличный результат, у 2 (10%) удовлетворительный, отсутствие эффекта у 4 (20%) пациентов. В ходе исследования побочные эффекты не отмечались. Позитивная динамика общего состояния, коррелировала с улучшением

показателей клинико-лабораторных данных: уменьшались количественные показатели ПЦР и ИФА к антигенам ВЭБ. В 2-3 раза снижалось содержание ИК в крови и ротоглоточном секрете, что свидетельствовало о снижении активности воспалительного процесса в ротоглотке.

Иммунодефицитное состояние, приводящее к длительному течению воспаления, морфологическим изменениям слизистой оболочки верхних дыхательных путей, лимфоидной ткани миндалин в значительной степени обусловлено ГВИ. Коррекция этого состояния возможна и эффективна после проведения индивидуальных проб к ИП, изучения степени функциональной недостаточности лимфоцитов крови, консультации иммунолога.

© И.К. Тагунова, К.Г. Богданов, А.В. Андреев, 2016

*Г.Э. ТИМЕН, П.В. ВИННИЧУК, Е.Л. РУДЕНЬКА, Д.О. ПОКРЫШЕНЬ (КИЕВ, УКРАИНА)*

## **ОТОПЛАСТИКА СЛОЖЕННЫХ УШНЫХ РАКОВИН**

Пациенты с микротией I степени являются второй по численности (первая – оттопыренность) группой больных с врожденными деформациями ушных раковин. К ней относятся плоская, вросшая и согнутая (сложенная) ушные раковины. Последние характеризуются не только перегибом верхнего полюса вперед и вниз, но и как правило, различной степенью оттопыренности за счет недоразвития противозавитка и его ножек.

В отделе ЛОР-патологии детского возраста ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» с 2010 по 2016 гг. было проведено 14 хирургических вмешательств по коррекции сложенных ушных раковин. Под нашим наблюдением находилось 11 больных в возрасте от 6 до 18 лет, из них лиц женского пола – 4, мужского – 7. Двухсторонняя деформация диагностирована у 3 пациентов, односторонняя – у 8.

Хирургические вмешательства проводились под наркозом с искусственной вентиляцией легких. В большинстве случаев индукция в наркоз достигалась в/в введением пропофола в расчетной дозе 3 мг\кг. Базис наркоз обеспечивался пропофолом в дозе 8-12 мг\кг\час или севораном 2,5-2,7 об%. Гидросепаровка тканей проводилась 0,5% раствором новокаина как с тыльной, так и с наружной поверхности ушной раковины. На задней поверхности раковин выполнялся линейный или S-образный разрез кожи и

подлежащих тканей. Данный блок вместе с надхрящницей отсепаровывался по направлению к завитку с переходом на наружную поверхность раковины с последующей полной скелетизацией ее хряща.

Формирование завитка и противозавитка, с его ножками и треугольной ямкой, осуществлялось с помощью скальпеля, путем частичного иссечения, нанесения насечек и разрезов хряща. Контур противозавитка дополнительно фиксировался 3-4 П-образными швами (VICRYL 4-0). Отсепарованная кожа укладывалась на сформированный каркас ушной раковины, а все ее анатомические углубления выкладывались мазовыми турундами с последующим наложением давящей повязки.

Каких-либо осложнений у больных в раннем и позднем послеоперационном периодах нами не зафиксировано. При сопоставлении форм прооперированных и здоровых ушных раковин, их архитектоники и глубины заушной борозды, видимой разницы у больных с односторонней патологией не отмечено, что естественно, полностью удовлетворяло запросы как хирургов, так и пациентов.

Полученные результаты позволяют, по нашему мнению, рекомендовать данную методику для внедрения в практическую деятельность как отоларингологов, так и пластических хирургов.

© Г.Э. Тимен, П.В. Винничук, Е.Л. Руденька, Д.О. Покрышень, 2016

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМИ ГНІЙНИМИ ТА ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНИХ ГНІЙНИХ РИНОСИНУСИТІВ

В останні роки спостерігається зростання кількості хворих дітей із запальними процесами в приносних пазухах (ПНП).

Матеріали, представлені у даній роботі, отримані при обстеженні та лікуванні 104 дітей віком від 3-х до 13 років, з них 58 пацієнтів із гострим гнійним риносинуситом (ГГРС) та 46 – із загостренням хронічного гнійного риносинусита (ЗХГРС).

Обстеження включало: отоларингологічний огляд, ендоскопію носової порожнини, мікробіологічне дослідження носового секрету (вид та рівень мікробного обсеменіння), функціональні дослідження: (ринопневмометрія, визначення кліренсу миготливого епітелію носової порожнини (сахаринова проба), прохідності природних отворів верхньощелепних синусів (П.П. Фертиков, 1990); дослідження стану локальної імунної системи (рівні sIgA, IgA, IgG в ротоглотковому секреті (РТС), рентгенографія приносних пазух, в тому числі КТ (МРТ), чи ультразвукове дослідження (УЗД) приносних пазух, лабораторні та загальноклінічні дослідження.

Розподіл хворих із ГГРС та ЗХГРС на групи проводився в залежності від методу лікування на основну (безпункційний – неінвазивний метод лікування) та контрольну (пункційно-дренажний) метод лікування). Пацієнтам основної групи додатково призначався протизапальний препарат фенспирид та промивання носової порожнини та ПНП за Прюетцом з розчином антибіотика (цефазоліна), гідрокортизону та протеолітичного ферменту (трипсина чи лідази), а дітям контрольної групи виконувалась пункція ВЩП із дренажування та промивання їх аналогічним розчином (до 5-7 днів). До основної групи із ГГРС увійшли 32 дитини, до контрольної – 26, із ЗХГРС відповідно – 30 та 16 пацієнтів.

Проводилось порівняння всіх досліджень у хворих дітей на ГГРС та ЗХГРС до лікування, на 5-7 та 10-14 дні від початку лікування, як між собою в групі, так й між групами. Дані рентгенологічного дослідження ПНП порівнювались до лікування та після закінчення курсу лікування.

Про ефективність проведеного лікування судили на основі вивчення суб'єктивних та об'єктивних ознак захворювання: поліпшення (відновлення) носового дихання, зменшення або відсутності виділень з носу, даних ринопневмометрії, транспортної функції миготливого епіте-

лію, прохідності природних отворів ВЩП, показників місцевого імунітету (sIgA, IgA, IgG), даних рентгенологічного дослідження ПНП чи УЗД ПНП), аналізу захворюваності протягом року (реєструвалась кількість звернень з приводу повторних гнійних риносинуситів).

У роботі шляхом порівняння результатів комплексного ендоскопічного дослідження, клінічних, функціональних, мікробіологічних, імунологічних досліджень й ефективності лікування дітей з ГГРС та ЗХГРС двома методами: інвазивним та неінвазивним вирішена важлива науково-практична задача: обґрунтована перевага безпункційного методу лікування дітей із гнійними риносинуситами, що зумовлює підвищення його ефективності.

При порівнянні результатів цих методів лікування на 5-7 та 10-14 дні від початку лікування дані клінічної та рентгенологічної картин у дітей із ГГРС та ЗХГРС були достовірно кращими в групі, що отримувала комплекс неінвазивного лікування. Дані мікробіологічного дослідження носової порожнини (рівні бактеріального обсеменіння) у дітей з ГГРС були кращими в групі з безпункційним методом лікування. У хворих із ЗХГРС достовірні відмінності з'явилися на 10-14-й дні від початку лікування. Показники кліренсу миготливого епітелію слизової оболонки носової порожнини, прохідності природних отворів верхньощелепних синусів на 5-7 та 10-14 дні після початку лікування у дітей основної групи з ГГРС та ЗХГРС є достовірно кращими ( $p < 0,05$ ), ніж при пункційній тактиці лікування.

Виявлена достовірно краща динаміка рівнів sIgA та мономірної форми IgA у ротоглотковому секреті дітей із ГГРС, які отримували лікування шляхом неінвазивної тактики ( $p < 0,05$ ). Не виявлено достовірної позитивної динаміки рівня імуноглобуліну G в ротоглотковому секреті хворих на ГГРС в процесі лікування та в показниках місцевого імунітету у хворих із ЗХГРС, які лікувались обома методами ( $p > 0,05$ ). При вивченні віддалених результатів (6-12 місяців після курсу) лікування дітей з ГГРС та ЗХГРС обома методами, було виявлено, що кількість епізодів захворювання ГГРС за рік у дітей із неінвазивним лікуванням була достовірно меншою, ніж у дітей, що отримували лікування інвазивним методом ( $p < 0,05$ ). У хворих із ЗХГРС відсоток рецидивів за рік був однаковим у дітей обох груп ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, дітям, хворим на ГГРС та ЗХГРС пропонується проводити лікування запропонованим комплексом безпункційного методу (із застосуванням антибіотикотерапії, антигістамінних, муколітичних, секретолітичних препаратів, інтраназальних деконгестантів, протизапальної терапії (фенспірид), промиванням носової порожнини за Проетцом з розчином ан-

тибіотика, гідрокортизону та протеолітичного ферменту (трипсина чи лідази), фізіотерапії, який за нашими даними є методом вибору. Пункційно-дренажний метод не доцільний у хворих із емпією верхньощелепних пазух, розвитком внутрішньоорбітальних та внутрішньочерепних ускладнень, що на наш погляд потребує ендочі екстраназального хірургічного втручання.

© Г.Е. Тімен, Л.А. Кудь, В.М. Писанко, І.І. Сопіжак, 2016

*Г.Е. ТИМЕН, В.М. ПИСАНКО, В.В. КОБЗАРУК, І.І. КОБЗАРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ**

Лікування сенсоневральної приглухуватості (СНП) по теперішній час залишається складною не вирішеною проблемою. Більшість існуючих методів терапії СНП ґрунтуються на емпіричному підході, оскільки не враховують специфіку кровопостачання внутрішнього вуха, яка полягає в наявності гістогематичних (гематоенцефалічного і гематолабірінтного) бар'єрів.

Одним із можливих шляхів підвищення ефективності терапії хворих з СНП є введення лікарських речовин до вікон внутрішнього вуха, обминаючи гематоенцефалічний і гематолабірінтний бар'єри (за рахунок дифузії препаратів із середнього вуха крізь мембрану вікна завитки), цей шлях достовірно підвищує концентрацію препаратів у рідинах внутрішнього вуха у порівнянні з їх вмістом там при парентеральному введенні (Chandrasekhar, 2000). До цього слід додати, що Тімен Г.Е., Кобзарук Л.І. (1991) в експериментах встановили можливість надходження у внутрішнє вухо низько- та високомолекулярних біологічноактивних речовин (від 131 до 26000 Дальтон), навіть із зовнішнього слухового ходу (шляхом їх локального фоноелектрофорезу).

На думку більшості авторів, ефективність лікування гострої СНП залежить від строків госпіталізації з моменту початку захворювання (чим раніше розпочато лікування, тим кращі результати). Saumons (1983) встановив, що нормалізація та відновлення слуху при гострій СНП можливе у 68% пацієнтів, якщо лікування поча-

то не пізніше 3-х діб від початку зниження слуху; і лише у 11%, якщо через тиждень.

В термін з 2006 р. по теперішній час в нашій клініці проліковано 32 дитини з гострою СНП обох статей у віці від 3 до 18 років. Термін від початку захворювання до лікування складав від 3 діб до 1 місяця.

Пацієнтам з гострою СНП при надходженні до клініки проводили шунтування барабанної порожнини, після чого 1 раз на добу на протязі 5 діб інтратимпанально вводили 1 мл розчину преднізолону (30 мг/мл) або дексаметазону (4 мг/мл). Після інтратимпанального введення здійснювали ендауральний фонофорез зазначених препаратів. Одночасно із цим призначали парентерально дезітоксикаційні, дегідратаційні препарати та глюкокортикоїди на протязі 3 діб. Після цього призначали препарати, що покращують кровообіг та метаболічні процеси в нервовій тканині, вітаміни, фізіотерапію.

У хворих з гострою СНП при комплексному лікуванні із застосуванням інтратимпанального введення глюкокортикоїдів покращення слуху спостерігали у 100% випадків, при цьому у 78% дітей слух, навіть, нормалізувався.

Отже, отримані нами результати при лікуванні дітей з гострою СНП (78% нормалізації слуху) у порівнянні із даними літератури (68% нормалізації слуху) свідчать про доцільність включення в комплексну терапію дітей з гострою СНП інтратимпанального введення глюкокортикостероїдних гормонів.

© Г.Е. Тімен, В.М. Писанко, В.В. Кобзарук, І.І. Кобзарук, 2016

## **ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ СЕКРЕТОРНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ**

Хронічний секреторний середній отит (ССО) належить до числа найбільш частих захворювань вуха в дитячому віці, зберігаючи тенденцію до зростання. За даними Breda (2016), у віці до 10 років хоча б один випадок хронічного ССО спостерігається у 90% дітей.

**Мета нашого дослідження:** удосконалили алгоритм лікування хронічного ССО у дітей, підвищити ефективність лікування та попередити рецидиви та ускладнення.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням за останні 15 років в відділенні ЛОР-патології дитячого віку перебувало 256 дітей віком від 3 до 15 років. Тривалість захворювання складала від 3 місяців до 1 року. У 78% процес був двобічний, у 22%-однобічний. Всім дітям проведено комплексне обстеження: аналіз скарг, даних анамнезу, загальний та ЛОР-огляд, що включав, мікроскопію, ендоскопічне обстеження порожнини носа та носоглотки, аудіометрію, в т.ч. об'єктивну імпедансометрію з отоакустичною емісією, лабораторні дослідження.

У хворих з ССО, крім основного захворювання у 63 дітей (24%) діагностовано риносинусит, у 65 дітей (25%) аденоїдні вегетації різного ступеню, у 108 дітей (42%) аденоїдні вегетації в поєднанні з гіпертрофією піднебінних мигдаликів, у 9 дітей (3,5%) з викривленням носової перетинки, 11 (4%) з гіпертрофією нижніх носових раковин. У 108 хворих з гіпертрофією структур лімфоглоткового кільця діагностовано змішану приглухуватість з порушенням звукосприйняття переважно в зоні високих частот.

Хворі отримували поетапне лікування: 1-й етап – аденотомія, 2-й – продування слухових труб, транстубарне введення лідази та ендуральний фонофорез, 3-й – тимпанопункція, 4-й – і тільки за умови відсутності ефекту – шунтування барабанної порожнини.

### **Результати.**

Після проведеного першого етапу лікування дітей з хронічним ССО, кількість дітей з відновленим слухом чи ліквідацією кістково-повітряного інтервалу через 40 днів становила 165 дітей (64,5%), що є статистично достовірно ( $p < 0,05$ ). Якщо через 40 днів після першого етапу слух не відновлювався проводились продування слухових труб та фізіотерапевтичне лікування, при цьому було досягнуто ліквідацію кістково-повітряного інтервалу ще у 23 дітей, що разом складає 188 пацієнтів з позитивним результатом. В результаті лікування явища хронічного ССО в різному ступеню зберігалось у 53 пацієнтів (21%), яким було проведено 3-й етап – тимпанопункція. У всіх цих дітей без сенсоневрального компонента слух відновився повністю. У 22 випадках із змішаною приглухуватістю одночасно з хірургічним втручанням на структурах лімфоглоткового кільця проводили шунтування барабанної порожнини, зважаючи на можливість наявності “скалярної” приглухуватості. У 18 хворих (7%) слух відновився повністю (скоріш за все ми мали стосунки із “скалярною” приглухуватістю). У 4 дітей (1,5%) зі змішаною приглухуватістю після шунтування звукосприйняття покращити не вдалося.

Проведені дослідження свідчать про доцільність запропонованого поетапного лікування дітей з хронічним ССО. Наш досвід вказує на те, що не потрібно шунтувати хворих на хронічний ССО одразу після встановленого діагнозу, а треба діяти по запропонованому алгоритму. І тільки при наявності змішаної приглухуватості доцільно виконувати одночасно ліквідацію патологічного процесу в порожнинах носа та носоглотки з шунтуванням барабанної порожнини для найшвидшої нормалізації гідродинаміки завитка при “скалярній” приглухуватості.

### АНГИОФИБРОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Ангиофиброма основания черепа (АОЧ) является одним из самых тяжелых заболеваний в структуре доброкачественных опухолей ЛОР-органов.

В период с 09.04.86. по 18.08.16 гг. под наблюдением в отделе ЛОР-патологии детского возраста находилось 96 детей с диагнозом ангиофиброма основания черепа, что составило 14,8% всех больных с новообразованиями ЛОР-органов, которые находились в отделе ЛОР патологии детского возраста.

Распределение детей по возрасту было следующим: от 7 до 10 лет – 10, от 11 до 13 лет – 42, от 14 до 17 лет – 44 ребенка. Все пациенты были мужского пола.

Распределение больных по стадиям процесса (В. Погосов и соавт., 1987): 1-я стадия – 11 больных, 2-я – 20, стадия 3А – 25, стадия 3Б – 30, 4-я – 10. К сожалению, большинство больных госпитализировалось в отделение на поздних стадиях, что свидетельствует о неудовлетворительном состоянии ранней диагностики заболевания при осмотрах в поликлинике. У 46 больных выявлена левосторонняя локализация фибромы, у 50 – правосторонняя.

95 больным с ангиофибромой основания черепа было проведено хирургическое лечение, и одному пациенту была назначена лучевая терапия. В качестве оперативного доступа выполнялась гайморотомия по Денкеру, а в случаях интракраниального распространения новообразования (10 случаев) операция Денкера дополнялась боковым краниофациальным подходом к основанию черепа (совместно с нейрохирургом). Лишь у 4 больных с 1-й стадией заболевания нами был применен трансоральный подход без предварительного рассечения мягкого неба для удаления ангиофибромы.

Как правило, все операции проводились под контролем эндоскопов и зеркал. Опухоль отделяли от мест прикрепления при помощи

распаторов, как правило, через гайморову пазуху (операция Денкера), через полость носа. После удаления опухоли проводилась тампонада послеоперационной полости марлевым тампоном, обработанным синтомициновой эмульсией, и передней тампонадой полости носа. Кровопотеря при проведенных операциях в среднем составляла около 300-400 мл. В единичных случаях кровопотеря при удалении ангиофибромы носоглотки доходила до 1800 мл. Большинство операций сопровождалось внутривенными трансфузиями, которые включали кровезаменители, а по показаниям – эритроцитарную массу, цельную кровь и компоненты крови. Малигнизации опухоли не отмечалось ни в одном случае. Ни одного летального исхода не было. Наружные сонные артерии ни в одном наблюдении не перевязывались.

Тампоны из полости носа и трепанационной полости, чаще всего, удалялись на следующий день. После удаления тампонов значительной кровопотери не наблюдалось, кроме единичных случаев.

В послеоперационном периоде больным назначали: антибактериальную, дегидратационную, десенсибилизирующую, гемостатическую, симптоматическую терапию. При необходимости проводили коррекцию водно-электролитного баланса. В случаях большой операционной кровопотери проводили гемотрансфузию или переливание кровозаменителей.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. По настоянию родителей 1 больной был подвергнут лучевой терапии (суммарная доза 60 ГР), после которой наступил полный регресс опухоли.

Приведенные данные свидетельствуют об оптимизации комплекса хирургического и послеоперационного лечения ангиофибромы основания черепа.

© Г.Є. Тимен, В.Н. Писанко, С.П. Чубко, А.С. Мудрый, 2016

Г.Э. ТИМЕН (КИЕВ, УКРАИНА)

### 30-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ОТДЕЛУ ЛОР-ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

27.02.1986 года Министром здравоохранения Украины (МЗУ) был издан приказ за №112 об организации детского отдела в Киев-

ском институте отоларингологии (КНИИО) – он тогда так назывался. А 28.04.1986 г. директором института Д.И. Заболотным подписан приказ

№33 об открытии детского отдела. Заведующим отделом, Ученый Совет КНИИО избрал д.м.н. Тимен Г.Э., который возглавляет его по настоящее время. 31 декабря 1986 года на базе детского отдела приказом министра МЗУ №722 был образован Республиканский детский слуховосстановительный центр, включающий стационар на 40 коек, поликлинику, в которую входили врачебные, сурдологические, психоневрологический, аудиометрические кабинеты, в том числе игровой, и первый в Украине – объективной аудиометрии.

Первоначально в стационаре работали: д.м.н. Тимен Г.Э., канд. мед. наук Писанко В.Н., Кобзарук Л.И., Горбунова Н.П. (Запорощенко Н.П.) Косинова В.Н., - зав. отделением, Кулакова Т.Б., в последствии, в разное время, присоединились Винничук П.В., Хмелевский В.Ю., Матушенко Ю.Л., Чашева Е.П., Миронюк Б.Н., Хоцяновский К.А., Голод А.Н., Кудь Л.А., в последние годы: Руденька Е.Л. и Сапижак И.И.

В поликлинике: д.м.н. Лифанов В.Л., доктора Сребняк И.Ф., Кириллова Т. В., Котов А.И., Григорян С.Л., Смольянинова И.И., к.м.н. Чубко С.П., к.м.н. Чашева. Сурдопедагоги: Иваницкая Е.К., Острикова В.О., Сидоренко Л.И., Соколовская С.Н., Тименко И.А., Чернышова Е. И. В последние годы, речевой реабилитацией детей после кохлеарной имплантации успешно занимается Шепеленко Н.В.

В дальнейшем, после переподчинения Института отоларингологии из МЗ Украины в Академию медицинских наук Украины (в настоящее время – Национальная академия медицинских наук Украины – НАМНУ), детский отдел стал называться: «Отдел ЛОР патологии детского возраста». В настоящее время в этом отделе работают: чл.-кор. НАМН Украины, проф. Тимен Г.Э., д.м.н. Писанко В.Н., к.м.н. Винничук П.В., к.м.н. Кобзарук Л.И. – зав. отделением, к.м.н. Миронюк Б.Н., к.м.н. Кудь Л.А., к.м.н. Чубко С.П., к.м.н. Хоцяновский К.А., к.м.н. Чашева Е.И., научные сотр.: Руденька Е.Л., Сапижак И.И., Чернышова Е.К., орд. Кобзарук В.В.

Не останавливаясь подробно на штатном расписании и др. сведениях, мало интересующих глубокоуважаемую аудиторию, перейду к краткому освещению фактов: За 30 лет врачами поликлиники было принято 371586 детей в возрасте до 18 лет. Из них в стационаре отдела было прооперировано 38124 ребенка, без учета «малых» вмешательств (удаления фибром, липом, грануляций, папиллом, кроме гортани, пункций околоносовых пазух, исключая трепанопункцию лобной) и др.

Хочу особо подчеркнуть, что во всех наших научных исследованиях и практической

деятельности, на всем тридцатилетнем пути, мы ежедневно пользовались неизменной поддержкой научной части и администрации института во главе с директором института, академиком Д.И. Заболотным.

С первых дней работы отдела к нам стали обращаться больные дети с наиболее тяжелой патологией ЛОР органов: с глухотой, хронической и острой сенсоневральной тугоухостью, с хроническими гнойными и негнойными заболеваниями среднего уха, полости носа и околоносовых пазух, глотки, шеи и гортани, с отогенными и риногенными внутричерепными и внутриорбитальными осложнениями, с доброкачественными и злокачественными опухолями ЛОР-органов и др. Особого внимания требовали больные с различными врожденными аномалиями, в первую очередь, уха: аномалией, микроотией, различных степеней; атрезией или заращением слуховых проходов, макротией и оттопыренностью (лопоухостью) ушных раковин от первой до третьей степени, и всеми известными и «неизвестными» другими воспалительными и врожденными заболеваниями уха и органа слуха.

Я думаю, что некоторые врачи, находящиеся в аудитории, даже не представляют с какими безобразными аномалиями носа, к счастью редко, могут рождаться дети. К сожалению, это относится и к др. ЛОР органам. Иногда подобные заболевания, не поддаются прямому визуальному восприятию, в том числе это относится к аномалиям гортани и к дисплазии костей, формирующих, практически, все ЛОР органы. Единичные примеры подобного рода аномалий позволим себе привести. Следует подчеркнуть, что к моменту открытия детского отдела института, родители не имели возможности получить необходимое лечение в Украине и уезжали в ближнее и дальнее зарубежье и, не солоно хлебавши, возвращались восвояси. К заслугам сотрудников отдела следует сказать, что они прекрасно справились с этой труднейшей задачей и к нам, при подобных заболеваниях, стало обращаться зарубежье. По нашим данным за 30 лет существования отдела ни один ребенок с подобными заболеваниями не был отправлен МЗУ для лечения за границу. Этому способствовал и тот факт, что сотрудники отдела освоили основы пластической хирургии, а Тимен Г.Э. в течение 15 лет, со дня основания (2000 год) Всеукраинской ассоциации пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (ВАПРЭХ), был ее президентом, а сейчас является Вице-президентом. А сотрудники отдела П.В. Винничук и В.Н. Писанко неоднократно входили в состав ее президиума.



Отдельно стоит вопрос о лечении доброкачественных и, особенно, злокачественных новообразованиях ЛОР органов у детей, что до организации детского отдела не входило в компетенцию отоларингологов Украины.

Отвлекаясь ненадолго, подчеркнем, что сотрудники отдела ЛОР патологии детского возраста обладают уникальным для мировой практики количеством успешных операций у детей с юношескими ангиофибромами (фибромами основания черепа). Этому вопросу, кроме многочисленных публикаций и монографии, посвящена диссертация С.П. Чубко, среди исследований которой имеется предложенная отделом методика дооперационного определения кровопотери. Следует сказать, что для оперативного удаления ангиофибромы носоглотки к нам приезжали больные Чехии, Ирландии, Египта, Йемена, Ливии и др., не говоря о, практически всех странах европейской и азиатской части бывшего Союза.

К чести отдела, он впервые в Украине организовал и взял на себя ответственность за диагностику, консервативное и оперативное лечение злокачественных опухолей, в том числе при прорастании опухоли внутрь черепа (в большинстве случаев с участием нейрохирургов). В этом большая заслуга Главного научного сотрудника отдела В.Н. Писанко и Г.Э. Тимена.

Консервативное лечение злокачественных новообразований осуществляется совместно с Институтом онкологии или клиникой ОХМАТДЕТ (Тимен Г.Э., Писанко В.Н., Чубко С.П.) Причем, по сопоставлению полученных результатов наш отдел не уступает лучшим клиникам Европы и даже Америки, что не раз подтверждалось в выступлениях на международных и украинских форумах.

Хотелось бы вкратце остановиться на папилломатозе гортани у детей. Отдел располагает наибольшим количеством наблюдений и результатов лечения больных с этой патологией. Помимо публикаций, на эту тему, следует напомнить, что сотрудники отдела, одни из первых в мире, использовали хирургический лазер и показали возможность удлинения межрецидивного периода (Тимен Г.Э.).

Вообще в изучении биологического воздействия лазерного излучения различных длин волн и интенсивности на ткани ЛОР органов и реакцию ЦНС при этом, мировой приоритет принадлежит отделу. Только по методам лечения больных лучами лазера и созданных для этого инструментов, а также по выяснению рациональных доз получено более 15 Авторских свидетельств Советского Союза (Тимен Г.Э.). В отделе, экспериментально обосновано и, впер-

вые, клинически использовано лазерное излучение в клинике при различных заболеваниях ЛОР органов, в том числе при раке гортани и др. опухолевых болезнях ЛОР органов, о чем мы, первыми в мире доложили на Всемирном съезде отоларингологов в Венеции (Тимен Г.Э., Цыганов А.И. и др.); Проведенные нами исследования были дополнены и расширены в ряде диссертационных работ, в том числе по лечению гипертрофических ринитов (создание специальных инструментов и методике лечения – Винничук П.В; лечение фарингитов низкоэнергетическим лазерным излучением – Хмелевский В.Н., лечение тонзиллитов и др. заболеваний ЛОР-органов – Сенку Е. (Молдавия), заживление послеоперационных ран – В.Я. Дихтярук. Очень интересна клиничко-иммунологическая работа, обосновывающая тонзиллотомию с дальнейшей полной реабилитацией пациента – Хоцяновский К.А.).

Всем, присутствующим в зале, известны УЗ аппараты для консервативного лечения хронического тонзиллита ЛОР-1 и ЛОР-2. Однако мало, кто знает, что МТЗ на их создание, по инициативе и по поручению нашего учителя А.И. Коломийченко, составлено Тименным Г.Э., а далее первый опыт по их использованию в лечении детей, больных хроническим тонзиллитом, принадлежит Н.П. Фейгину и В.А. Курочкиной. В дальнейшем эти аппараты стали неотъемлемым оборудованием всех ЛОР- и физиотерапевтических кабинетов не только Украины, но и ближнего зарубежья.

Основные научные направления исследовательской работы отдела, за все время его существования, посвящались разработке или оптимизации профилактики, диагностики и лечения наиболее проблемных заболеваний уха, полости носа и околоносовых пазух, глотки, гортани, в том числе, как уже говорилось, доброкачественных и злокачественных (пионерский опыт в отечественной, а в чем-то мировой детской отоларингологии) новообразований. Причем, речь идет не только об опухолях лимфоидной ткани, в том числе о Ходжкинском лимфогрануломатозе, а о всех неходжкинских (злокачественных) заболеваниях лимфатической ткани ЛОР органов, а также обо всем другом, известном, многообразии опухолей различного генеза. Большая заслуга в разработке этой проблемы, наряду с глубокими исследованиями в области иммунологии и, забегая несколько вперед, в обосновании возможности, конструирования и преимуществ внутрикостного слухового аппарата принадлежит д.м.н., главному научному сотруднику отдела – В.Н. Писанко.

Естественно, что большинство научных исследований в отделе ЛОР болезней детского возраста, на базе которого функционирует слуховосстановительный центр, посвящалось органу слуха. В сжатом обзоре нельзя пространно рассказать, даже, о выдающихся работах. Однако, я не могу не сослаться на первоклассные исследования, явившиеся основой ряда диссертаций, например, по эмбриологии уха (Р. Сапунков); объективной аудиометрии у детей (Б.Н. Миронюк); диагностике смешанной тугоухости (А.Н. Голод); диагностике и лечению вестибулярных расстройств (Г.Э. Тимен).

Теоретическим основам реабилитации детей с кондуктивной, смешанной и сенсоневральной тугоухостью (докторская диссертация В.Н. Писанко); диагностики и обоснованию лечения детей с аутоиммунной тугоухостью (Е.Г. Чашевая); экспериментально-клиническому доказательству возможности лечения хронической сенсоневральной тугоухости у детей (Л.И. Кобзарук); улучшению терапии острой и внезапной тугоухости (В.В. Кобзарук); оптимизации введения детей после операций на ухе (В.Я. Дихтярук); одной из лучших работ по лечению и послеоперационной реабилитации детей с секреторным средним отитом (И.В. Кузик). Автором было показано, что удаление причины ССО (аденоидов) приводит без одновременного шунтирования к восстановлению слуха более чем в 50%, а дальнейшее консервативное лечение приводит к успеху более чем у 80% больных. И более, чем через 10 лет к этому выводу пришли зарубежные исследователи (Португалия, Европейский конгресс детских отоларингологов 2016. (Приятно!))

Апофеозом работы отдела в отологии стало лечение глухонемыми посредством кохлеарного имплантирования. Первая имплантация кохлеарного протеза ребенку в Украине была произведена в 2003 году, в нашем отделе, (Тимен Г.Э., Профант М.). С того времени нами произведено более 1000 кохлеарных имплантаций (Г.Э. Тимен, В.А., Шкорботун, В.Н., Писанко, П., В. Винничук, Б.Н. Миронюк). Практически, до 2014 года была решена проблема детской глухонемы (до 5 лет) в Украине. К-во кохлеарных имплантаций, произведенных в отделе ЛОР патологии детского возраста в разы превосходит количество подобных операций, сделанных всеми другими, вместе взятыми, клиниками Украины. К сожалению, в настоящее время из-за отсутствия финансирования, глухие дети начали накапливаться вновь, но мы верим в возобновлении работы программы в полном объеме.

© Г.Э. Тимен, 2016

Значительный вклад в диагностику и лечение детей, страдающих синуситами, в первую очередь, гнойными внесла Кудь Л.А., обосновавшая и доказавшая преимущества беспуночного (неинвазивного) метода лечения. Я думаю, что это лучшая кандидатская диссертация последних лет. С нашей точки зрения большой интерес представляет работа С.И. Кушнарченко о диагностике и лечении вазомоторного ринита, а также исследования о возможности селективной видеотомии и первое использования этого метода в клинике при полипозных гайморитах (Тимен Г.Э., Мельник П.А.).

Я горд, что во всех перечисленных, как и в последующих докторских и кандидатских работах я был научным руководителем.

Отдел был первым (не только в нашей стране!), и активно работает в настоящее время по изучению действия эмбриональных тканей, вытяжки из нее (трофин), нейрональных стволовых клеток на возможность предупреждения и лечения ототоксического действия антибиотиков в эксперименте. В случае подтверждения уже полученного нами положительного результата – возможна дальнейшая апробация и использование метода в клинике (Тимен Г.Э., Винничук П.В., Руденька Е. Л., Сапижак И.И., Кудь Л.А.).

Сотрудники отдела взаимно делятся опытом с ведущими клиниками Европы и Америки. Активно посещают, участвуют и выступают с докладами, практически, на всех значимых съездах и конференциях европейского и мирового уровня. Кратковременные учебные курсы в далеком зарубежье прошли Тимен Г.Э. (США. Ин-т Хауса, Лос-Анджелес, Дания, Копенгаген – клиника Оле Эльброндта; Германия, Майнц – клиника проф. Вольфа Манна, Ганновер – клиника проф. Леннарта,; Франция, Париж, клиника проф. Андре Султана, Словакия, Братислава – клиника проф. Милана Профанта и мн. др.), Писанко В.Н. (Дания, Германия, Голландия, Франция и др.), Винничук П.В. (Германия); Миронюк Б.Н. (Германия, Франция, Голландия и др.), Кобзарук Л.И. (Франция и др.).

В завершение я хотел бы сказать, что за экспериментальное обоснование и клиническое использование лазерного излучения, возвращения слуха глухонемым детям и конструирование инструментов для ЛОР операций отделу ЛОР патологии детского возраста Института отоларингологии им проф. А.И. Коломийченко НАМНУ, в лице Тимена Г. Э., в 2016 году была вручена Государственная премия Украины.

## **НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ**

Заболеваемость раком ротовой части глотки в Украине составляет 4,3 на 100 тыс. населения (мировой стандартный показатель 2,9), показатель смертности больных составляет 3,2 на 100 тыс. населения (мировой стандартный показатель 2,1), а не проживают 1 года из числа впервые заболевших 50,4%. Среди пациентов преобладает трудоспособное мужское население в возрасте от 40 до 55 лет. Полноценное комбинированное или комплексное лечение получают 77,5% больных и следовательно результаты лечения больных считаются неудовлетворительными. 71,9% больных впервые диагностируется в распространенных стадиях заболевания (III-IV ст.). Все это подтверждает актуальность исследований. Одним из непростых этапов лечения опухолей ротоглотки является хирургическое вмешательство при резидуальных опухолях после радикального химиолучевого лечения.

Цель исследования провести анализ эффективности вариантов хирургического лечения резидуальных злокачественных опухолей после проведенного радикального химиолучевого лечения.

В исследовании были проанализированы результаты обследования и лечения 207 пациентов с плоскоклеточным раком ротовой части глотки, которые на первом этапе лечения получали различные варианты радикального химиолучевого лечения в ЛОР-онкологическом отделении Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И.Мечникова в период с 2010 по 2015гг. При первичном обращении установлено T1-T2 – 19,8% (41 пациент), T3 – 49,3% (102 пациента) и T4 – 30,9% (64 пациента), метастазами в лимфатические узлы шеи (N1-3) определялись у 66,2% (137 пациентов). Диагноз резидуальной опухоли устанавливался через 4-6 недель после окончания химиолучевого лечения на основании гистологической верификации. Резидуальные опухоли верифицированы у 115 пациентов (55,6%).

Основными аргументами для принятия решения о выполнении хирургического лечения в оротофарингеальной области являются следующие факторы: оперативное вмешательство должно обеспечивать радикальность удаления опухоли и должно сопровождаться реконструкцией и пластическим замещением дефекта для восстановления функций и качества жизни пациента. Этим критериям соответствовали 36 пациентов (31,3%). Хирургическое лечение всем пациентам начинали с хирургии на лимфоузлах шеи, выполнения различных вариантов шейных диссекций с обязательной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения. Данный подход на сегодняшний день остается дискуссионным, но по данным многих исследований при наличии резидуальных опухолей ротоглотки метастазы и микрометастазы определяются от 30% до 70% больных. Удаление опухоли пациентам выполнялось трансоральным доступом, надподъязычной фаринготомией, боковой фаринготомией и их комбинацией в зависимости от распространенности опухолевого процесса для обеспечения радикальной абластичной хирургии с одномоментным пластическим замещением дефекта. Обязательным условием хирургии являлось проведение морфологического экспресс-исследования на определение «отрицательных краев». Ведение послеоперационного периода имело существенные отличия, обусловленные предшествующей химиолучевой терапией, и одномоментной пластической реконструкцией. Неосложненное течение было у 19 больных (52,8%). При наблюдении данные о прогрессировании заболевания выявлены у 10 пациентов (27,8%) в сроки до 6 месяцев.

Таким образом, анализ онкологических результатов проведения хирургического лечения резидуальных злокачественных опухолей после радикального химиолучевого лечения и позволяют заключить об эффективности схемы комплексного лечения.

© С.Н. Тымчук, А.В. Ковтуненко, Д.В. Березнюк, В.Г. Битев, 2016

## ГРИБКОВЫЙ ПЕРФОРАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Ототомикоз является одним из наиболее частых видов отиатрической патологии, особенно в летний период времени, причиной которого обычно являются *Candida* и *Aspergillus*. Диагноз грибкового отита может привести в заблуждение не только врачей общей практики, но и отоларингологов, поскольку его симптоматика сходна с проявлениями бактериального отита. Неточный диагноз может служить причиной латентного течения и возникновения осложнений, например, перфорации барабанной перепонки. Как правило, это возникает за счет инвазивного роста грибковой флоры в барабанную перепонку с дальнейшим развитием ее некроза, особенно при использовании ушных капель на водной основе.

Из 10 наблюдаемых пациентов у всех определялся сильный зуд в ухе, оторрея, выраженный отек наружного слухового прохода, барабанной перепонки, наличие перфорации со скудными слизисто-гнойными выделениями, снижение слуха по кондуктивному типу. Оталгия, как правило, не была характерна, только при выраженных явлениях наружного отита. У 5 лиц в выделениях присутствовали грязно-серые массы, что облегчало постановку диагноза. При отомикоскопии в 4 случаях на коже слухового канала определялись специфические грибковые плодовые тела. Как правило, все пациенты получали предварительный курс антибиотикотерапии. У 7 больных отсутствовал какой-либо отиатрический анамнез. Двое страдали хроническим наружным отитом, один – перенес ранее операцию тимпаноластику. Четверо пациентов страдали сахарным диабетом. Уточнению диагноза способствовали анамнестические данные, объективная картина, а также результаты бактериологического исследования, которые выявляли наличие комбинации грибковой инфекции и патогенного бактериального агента.

В связи с этим, несмотря на предшествующее лечение, эти больные, помимо назначения противогрибковых медикаментов (флукона-

зол, итраконазол, тербинафин), нуждались в назначении адекватного курса антибиотикотерапии. При наличии сильного отека синдрома назначалась инфузионная терапия с включением системных кортикостероидов, антигистаминных, дезинтоксикационных и диуретических препаратов.

Немаловажное значение имела адекватная механическая санация барабанной полости и наружного слухового прохода и местная противогрибковая терапия, которая включала интатимпанальное введение флуконазола, левофлоксацина с кортикостероидами, поверхностная обработка кожи кандибиотиком и вдувание в наружный слуховой проход порошка борной кислоты, нистатина. Даже при малом размере перфорационного отверстия барабанной перепонки при условии восстановления проходимости евстахиевой трубы и назначении противотечной терапии, дополнительная миринготомия не требовалась. Все пациенты быстро реагировали на проведенную противогрибковую терапию, что выражалось в прекращении гнойного течения и значительном снижении воспалительного отека. Однако закрытие перфорации барабанной перепонки происходило медленнее, в среднем на 4-5 дней, по сравнению с бактериальным средним отитом. Одному пациенту, страдающему сахарным диабетом, в связи с непрекращающимся гнойным течением и наличием рентгенологических признаков мастоидита выполнена операция мастоидотомия и еще одному – операция тимпаноластика. В дальнейшем все пациенты нуждались в длительном (1,5-2 месяца) эндоауральном применении противогрибковых мазей со строгим ограничением попадания воды в ухо.

Таким образом, своевременное и адекватное назначение местной и системной противогрибковой в сочетании с антибактериальной терапии снижает необходимость хирургического вмешательства при грибковых средних отитах.

*В.І. ТРОЯН, О.М. КОСТРОВСЬКИЙ, І.О. СІНАЙКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

### **ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ЗДМУ**

Стратегія проблемно-орієнтованого навчання в медичній освіті через грантовий проект EU 530519-Tempus-1-2012 з використанням віртуальних пацієнтів передбачає наближення системи підготовки майбутніх фахівців до вимог європейського та світового рівнів.

Організація на кафедрі освітнього процесу для студентів першого та другого років навчання у рамках програми, за методикою проблемно-орієнтованого навчання в рамках виконання Tempus-проекту вимагало впровадження сучасних інноваційних технологій, зокрема, платформи Open labyrinth і базувалося на 2 віртуальних пацієнтах. При цьому необхідно зауважити, що для студентів 2-го курсу, які навчалися за даною методикою, проблемно-орієнтоване навчання слугувало не тільки для отримання клінічних знань, а й для вивчення базових дисциплін (анатомії, фізіології та інших) в контексті конкретної клінічної ситуації.

Структура кейсу була побудована таким чином, що студенти поступово отримували ін-

формацію щодо скарг, анамнезу, супутньої інформації, даних фізикального, інструментального та лабораторного обстеження хворих. Після отримання кожного блоку інформації студенти розпочинали дискусію між собою, що є головною особливістю проблемно-орієнтованого навчання. Дискусія проводилася всередині групи студентів, тоді як викладач-тьютор виконував роль спостерігача, який мотивував студентів та направляв дискусію у випадку, коли вона становилася непродуктивною. Основними завданнями дискусії було: виділення в отриманому блоці інформації вказівок, які дозволяли запідозрити ураження тієї чи іншої системи, формувати список робочих гіпотез, скласти список питань для самостійного вивчення на підставі тих понять, термінів, даних, які студентам були невідомі.

Таким чином, активні й інтенсивні технології навчання відзначаються інтенсивною подачею матеріалу, формуванням активної позиції і самостійності студентів.

© В.І. Троян, О.М. Костровський, І.О. Сінайко, 2016

*В.І. ТРОЯН, О.М. КОСТРОВСЬКИЙ, О.В. ЛОБОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

### **ВИКОРИСТАННЯ ІТ В САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ЗДМУ**

Педагогічні технології Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) віддають перевагу активним методам навчання, підготовці студентів за індивідуальними планами, збільшенню частки самостійної роботи студентів (СРС) під контролем викладача. Виходячи з того, що остання корекція навчального плану з оториноларингології спрямована на скорочення обсягів аудиторного навантаження на кафедрі була переглянута існуюча система методичного забезпечення та організації самостійної роботи студентів.

Так, на кафедрі були створені нові методичні вказівки із самостійної роботи студентів які містили перелік необхідних практичних навичок базового рівня, короткий зміст навчального матеріалу, завдання для контролю СРС, що дозволило самостійній роботі студентів вийти

на сучасний рівень вивчення оториноларингології. В цьому процесі активну роль відіграло також створення електронної кафедральної навчально-методичної бази з доступом до неї через WEB сайт університету та використання в навчальному процесі створеної на кафедрі фрагментарної дистанційної форми навчання на базі EDX studio. На цій базі нами був розроблений та опублікований дистанційний курс по вивченню актуальних проблем ларингології, який складається з 3 модулів по 2 заняття. Студенти отримали змогу зареєструватися на сервері університету та користуватися матеріалом з цієї тематики за допомогою мобільного телефону, планшета та комп'ютера.

Таким чином кафедра значно підвищила якість самостійної роботи студентів по вивченню оториноларингології.

© В.І. Троян, О.М. Костровський, О.В. Лобова, 2016

## ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ЕНДОСКОПІЧНА МІКРОХІРУРГІЯ НОВОУТВОРЕНЬ ГОРТАНІ

До причин стійкого порушення голосу відносяться місцеві зміни голосового апарату: хронічний ларингіт (дифузний, обмежений: різноманітні його форми, кератози слизової оболонки), пухлини доброякісні (поліпи, папіломи, фіброми, ангіофіброми, нейрофіброми, кісти), пухлини злоякісні. Поряд з цими причинами є загальні соматичні захворювання (туберкульоз, сифіліс, патологія щитоподібної залози та інші). Таким чином, симптом порушення голосу виникає з багатьох причин, що потребує диференційної діагностики.

В діагностиці вищезазначених процесів важливу роль відіграє ендоскопічна оптика, без якої неможливо провести лікування, а саме – ендоскопічні органозберігаючі хірургічні втручання. Під нашим спостереженням протягом останніх 25 років на базі кафедри оториноларингології НМУ ім. О.О. Богомольця в ЛОР-клініці КМКЛН№12 знаходилося на лікуванні понад сто пацієнтів віком від 20 до 75 років з різноманітними причинами порушення голосу. У 4 пацієнтів виявлений туберкульоз гортані (інфільтративно-виразкова форма) на фоні туберкульозу легень, у двох – причиною порушення голосу був люїс.

У більшості пацієнтів причиною порушення голосу були місцеві зміни, характерні для захворювання гортані: хронічний гіпертрофічний ларингіт – 29 хворих, ларингіт Гайєка – 9 пацієнтів, поліпи голосових складок, фіброми, ангіофіброми, нейрофіброми – 65 пацієнтів, у 2 – виявлена мезенхімома гортані; у 2 – нейрофіброма області гортанного шлуночка з розповсюдженням на область грушеподібного синусу. У 5 пацієнтів виявлений рак з локалізацією на голосових складках 0, I-II ст., підтверджений гістологічно.

Повнота ендоскопічних хірургічних втручань залежить від локалізації патологічного процесу, розмірів новоутворення чи зміни слизової оболонки голосових складок навколо новоутворення. Пацієнтам, у яких діагностовані хронічні форми гіперпластичного ларингіту (пахідермії), ларингіт Гайєка, дискератози, застосовувався метод декортікації голосових складок. Під контролем операційного мікроскопу видалялась патологічно змінена слизова оболонка до її здорових меж. Слід відзначити, що голосові складки виконують роль направляючої регенерації і дефект слизової оболонки заповнюється здоровою слизовою оболонкою протягом 7-10 днів.

У випадках, коли вражені обидві голосові складки, що має місце при ларингіті Гайєка, ми проводили видалення патологічних змін з голосових складок поетапно. Операція спочатку проводилась на одній складці, а через місяць чи через більший термін – на протилежній голосовій складці, що є профілактикою утворення мембран, синехій голосової щілини.

Новоутворення голосових складок (ангіофіброми, фіброми, поліпи, папіломатоз, кісти) видалялися відповідними мікрохірургічними інструментами шляхом вилушення пухлин. Враховуючи те, що навколо пухлин існують зміни епітелію слизової оболонки, останні видалялися з метою запобігання рецидиву або розвитку кератозу.

Ангіофіброма, м'які фіброми, папіломи вимагають з метою профілактики рецидивів та малігнізації більш широкого видалення.

За наявності злоякісних пухлин 0, I-II ст. або ознак малігнізації доцільно проводити хортотомію, навіть переходячи на протилежну сторону через передню комісуру. При цьому, якщо локалізація пухлини дозволяє зберегти голосовий відросток, останній зберігається. Це дає можливість відновлення голосу за рахунок рубця, що утворюється між областю передньої комісури та голосовим відростком. Такі операції проведені у 5 пацієнтів.

Щодо променевої терапії після ощадливих ендоскопічних операцій на голосових складках з приводу підозри на злоякісні пухлини 0, I-II ст. то як показують спостереження післяопераційних хворих, що відмовились від променевої терапії, вона не є обов'язковою. Рецидивів злоякісних пухлин протягом терміну спостереження від 5 до 7 років не виявлено. Тобто, завдяки мікроендоскопічній оптиці вдається аблястично провести органозберігаючі операції.

Найбільш небезпечною є мезенхімома. Вісно доброякісна пухлина, але рецидивуюча. Мезенхімома нагадує "цвітну капусту", розростається на великі відстані. Застосовуючи ендоскопічний метод, як правило, ми виконували її широке видалення в межах здорових тканин на відповідну глибину одним блоком: голосова складка, гортанний шлуночок, вестибулярна складка, залишаючи черпало-надгортанну складку з метою запобігання рецидиву. Такі операції ми виконали двом пацієнтам. Рецидиву пухлини протягом 7 років не виявлено, голос звичний, дихання вільне.

Видаляючи пухлини за допомогою ендоскопічної оптики, постає серйозне питання: чи потрібно проводити попередню біопсію? За наявності малих розмірів пухлини, за відсутності ознак малігнізації чи злоякісного росту проводити попередню біопсію недоцільно.

Більш радикальним є видалення в повному об'ємі патологічної тканини і проведення гістологічного дослідження. Це буде одночасним процесом усунення пухлин і дослідженням видаленого матеріалу, що дає можливість не розпознавати злоякісний ріст за межі гортані.

Для запобігання різноманітних ускладнень в післяопераційному періоді ми з успіхом

проводимо санацію верхніх дихальних шляхів (порожнина рота, глотки, гортані) за 3 доби до операції і протягом 7 діб після операції розчином 1,5 мг/мл бензидаміна гідрохлорида, який має протизапальну, антимікробну, анелгезуючу та гіпосенсибілізуючу дію.

У всіх оперованих пацієнтів наступило повне видужання. Рецидивів протягом спостереження від 1 до 20 років не виявлено.

Таким чином, використовуючи сучасні метод діагностики, відповідну апаратуру, ощадливе ставлення до оперованого органу, є раціональним проведення органозберігаючих операцій, не порушуючи функцію органу.

© Ф.О. Тишко, 2016

*О. ХОМЕНКО, В. ФЕДУР, Н. БАЛІНА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ДОСВІД СЛУХОПРОТЕЗУВАННЯ ПЕРШИМИ У СВІТІ ІНТЕРНЕТ-КОНЕКТИВНИМИ СЛУХОВИМИ АПАРАТАМИ OTICON OPN В ЦЕНТРІ СЛУХОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ «АВРОРА»**

Слухові апарати (СА) Oticon Opn, які компанія Отікон представила на міжнародній конференції у травні 2016 року (Соколов Ю.К., Соколова О.В., 2016) вже стали світовою сенсацією, і не випадково. Клінічні дослідження, проведені на засадах доказової медицини, показали, його суттєві переваги відносно навіть найкращих сучасних моделей СА. Набагато потужніший цифровий процесор в Oticon Opn, у 50 разів швидший за своїх попередників, сканує навколишнє середовище на 360° навкруги 100 разів на секунду та дозволяє виділяти мовлення багатьох людей з навколишнього шуму та зосереджуватися на тому голосі, що приваблює увагу користувача СА – за його власним бажанням, а не за діаграмою направленості СА, притаманною попереднім поколінням СА.

Проведені дослідження показали, що Oticon Opn покращує розуміння мовлення відносно найкращих СА елітного класу попередніх поколінь, знижує когнітивні зусилля та втомлюваність, а також збільшує здатність користувача запам'ятовувати почуте. Не дивно, що на СА Oticon Opn звернули увагу саме ті, кому за їх професійною діяльністю потрібно добре чути у складних ситуаціях шуму та гамору – урядовці, дипломати, бізнесмени, науковці, лікарі, викладачі, музиканти, служителі церкви тощо.

Новий алгоритм обробки звуку в Oticon Opn - «Навігатор відкритого звуку» (Open Sound

Navigator, OSN) здатний миттєво контролювати рівень шуму навіть в паузах між словами. Він очолює новий клас шумо-знижуючої технології - «Технологія доступу до множинних промовців (Multiple Speaker Access Technology, MSAT), оскільки він використовує принципи, відмінні від традиційних систем направленості та зниження шуму (Le Goff et al., 2016).

Дослідження сприйняття мовлення у шумі з різними співвідношеннями сигнал/шум (SNR) за методиками Smeds et al. (2015) та Lunner et al. (2016) показали, що розбірливість мовлення з слуховими апаратами Oticon Opn була значно вищою, ніж з слуховими апаратами Alta2 Pro.

Для об'єктивної оцінки когнітивних зусиль при користуванні слуховими апаратами Oticon Opn пацієнтам проводилась пупілометрія. Запис розширення зіниці ока показав, що у середньому пікове розширення зіниці під час виконання завдання на розуміння мовлення у шумі було на 26% меншим при слуханні з слуховими апаратами Oticon Opn порівняно з слуховими апаратами Oticon Alta 2 Pro. В роботах Zekveld et al. (2010, 2011) та Koelewijn (2014), раніше було доведено, що зменшення пікового розширення зіниці свідчить про зниження когнітивного зусилля. Тест пригадування почутого з пам'яті показав збільшення на 25% об'єму пригаданої інформації з довгострокової пам'яті та на 5% більше з короткострокової.

В іншому клінічному дослідженні користувачі Oticon Opn мали однакову розбірливість мовлення при шумі сильнішому на 2 дБ, ніж з Alta 2 Pro. Це відповідає покращенню розбірливості мовлення на 30% (Hagerman, 1982).

В цілому, результати клінічних досліджень показали, що технологія MSAT не тільки покращує розуміння мовлення, але й знижує зусилля, необхідні для розуміння мовлення. Зменшення зусиль слухання, у свою чергу звільнює когнітивні ресурси мозку, які можуть бути використані для інших когнітивних задач, таких як пригадування розмов.

Слухові апарати Oticon Opn було впроваджено у практику слухопротезування Медичного центру слухової реабілітації АВРОРА® (МЦ АВРОРА®) у липні 2016 року – через місяць після їх випуску та появи на міжнародному ринку. Вони були сертифіковані згідно регуляторних вимог до медичних виробів і дозволені до застосування у медичній практиці в Україні.

За час використання СА Oticon Opn в МЦ АВРОРА®, було обстежено 15 дорослих пацієнтів з середньою та важкою втратою слуху (від 45 до 85 дБ ЗС на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц) віком від 18 до 56 років, з них 8 чоловіків та 7 жінок. Усі пацієнти були раніше слухопротезуванні у МЦ АВРОРА® та користувались протягом декількох років слуховими апаратами Oticon елітного класу попередніх поколінь.

Як власні слухові апарати пацієнтів, так і слухові апарати Oticon Opn були підібрані бінаурально та настроєні (запрограмовані) за допомогою програмного забезпечення Oticon Genie 2. Всім пацієнтам була проведена верифікація настройки слухових апаратів методом внутрішньовушних вимірювань безпосередньо на вусі (in-situ Real Ear Measurements) за допомогою програмно-апаратного аналізатора слухових апаратів Interacoustics Affinity. Самі апарати було також перевірено на цьому аналізаторі щодо відповідності їх параметрів вимогам виробника. Таким чином, було виключено факторинесправності або невірної настройки СА, які могли би вплинути на результати.

Дослідження проводили за методиками оцінки розбірливості мовлення за допомогою словесних тестів українською мовою для клінічної аудіометрії (Мишанчук Н.С., Радченко О.І., Карамзіна Л.А., 2016) в умовах маскування багатоголосним мовленнєвим шумом (гамором) зі співвідношенням сигнал/шум – 10 дБ, що є типовим для слухання у гамірних ситуаціях, таких як зала засідань, переговорна кімната, зал університету або коледжу, ресторан, храм під час служіння, тощо.

Результати показали, що збільшення розбірливості мовлення з слуховими апаратами Oticon Opn відносно власних апаратів пацієнтів становило в середньому на 32±3 %, що співпадає з результатами міжнародних досліджень. При цьому пацієнти відмічали, за їх словами, «виключну чистоту звуку», «комфортність», «приємність», «природність звучання», «легкість розуміння мовлення», «миттєве звикання до апаратів».

Окрім кращого сприйняття мовлення, пацієнти були дуже захоплені можливістю безпровідного прямого під'єднання слухових апаратів Oticon Opn до мобільного телефону, комп'ютера, планшета, та Інтернету, якими вони користуються щодня як вдома, так і у соціальному оточенні.

Велике задоволення викликала також можливість керувати слуховими апаратами зі свого мобільного телефону, не привертаючи увагу оточуючих до слухових апаратів, оскільки за родом професійної діяльності вони не бажають демонструвати свою ваду слуху. Така властивість може суттєво розширити коло користувачів слухових апаратів – за рахунок тих людей, хто їх потребує, але досі не користувались ними із-за небажання проявляти свою слухову ваду.

Таким чином, на підставі нашого досвіду, можна зробити висновок, що слухові апарати Oticon Opn дійсно є новим кроком у технології слухових апаратів, можуть значно підвищити ефективність слухопротезування пацієнтів з середнім та значним зниженням слуху, та можуть бути рекомендовані до застосування в медичній практиці в Україні.

© О. Хоменко, В. Федорук, Н. Баліна, 2016

*О.В. ХОРОЛЕЦЬ, В.О.КАШИРІН, Л.М. ФУДАШКІНА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

### **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ В ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ**

За останні десять років Запорізька область входила в трійку областей південного регіону

України з найбільшими показниками захворюваності населення на рак гортані (табл. 1). Разом



з тим, в таблиці наданні інтенсивні показники, що не враховують багато чинників. Саме тому епідеміологічна ситуація щодо ракових пухлин

гортані в Запорізькій області вивчена з урахуванням статі, віку і місця проживання (приморська, степова і індустріальна зони) пацієнтів.

Таблиця 1

Захворюваність на рак гортані в південних областях України

Період	Область	Захворюваність		
		Інтенсивний показник (RI)	Чоловіки	Жінки
2006 – 2010 рр.	Донецька	5,61	11,73	0,54
	Запорізька	5,81	12,12	0,48
	Херсонська	5,31	11,85	0,57
	Миколаївська	6,34	12,88	0,68
	Одеська	5,73	11,34	0,79
2011 – 2015 рр.	Донецька*	5,00	10,38	0,50
	Запорізька	5,87	12,04	0,60
	Херсонська	6,66	13,92	0,40
	Миколаївська	7,86	16,28	0,66
	Одеська	5,62	11,38	0,52
Донецька* область, дані за 2011 – 2014 рр.				

За період 2006-2015 рр. захворюваність на рак гортані серед чоловічого населення (870 випадків) була на порядок вище ніж серед жіночого населення (54 випадків). Найбільша захворюваність на рак гортані відзначена у чоловіків у віці від 50 до 69 років – 602 випадків (69,2%), відсоток захворюваності серед чоловіків працездатного віку склав 54,4%. Найбільша захворюваність на рак гортані (31 випадок, 56,9%) відмічена у жінок старіше 60 років. Відсоток захворюваності серед жінок працездатного віку – 43,1% (23 випадків). При цьому, зі 924 первинних хворих на рак гортані лише у 133 випадках (14,4%) захворювання було виявлено під час профілактичних оглядів. Окрім того, в переважній кількості випадків (619 хворих, 67%), рак гортані, що відноситься до новоутворень візуальної локалізації, було діагностовано у III – IV стадії розвитку пухлинного процесу (фактична занедбаність – 0,43), що не є задовільним показником профілактичної роботи онкологічної служби і вказує на практично повну відсутність скринінгу груп ризику серед населення області.

Наявності статистично значущих відмінностей у показниках як захворюваності, так і поширеності злоякісних новоутворень гортані серед населення окремих регіонів Запорізької області не виявлено.

Багато питань виникає з приводу надання хворим на рак гортані спеціалізованої лікуваль-

ної допомоги (табл. 2). Так, комбіноване (комплексне) лікування проведено лише 139 (23,6%) хворим. Переважна кількість тільки хірургічного лікування або хірургічного лікування, як першого етапу комбінованого (комплексного) лікування, була проведена хворим у ЛОР-відділеннях соматичних лікувальних закладів. Променева, хіміо-променева або тільки хіміотерапія 232 хворим на рак гортані проводилась у відповідних відділеннях онкологічних закладів. Причому, якщо 198 (28,7%) хворим на рак гортані I-II стадії були виконані тільки хірургічні втручання, то 61 (10,7%) хворому на рак гортані III-IV стадії були проведені тільки променева терапія, або тільки хіміотерапія, або тільки хіміо-променева терапія.

Слід також відзначити, що в період 2006-2015 рр. зі 924 первинних хворих на рак гортані лише 569 хворих (61,6%) отримали спеціальне лікування. Чим можна пояснити такий, один з найбільш гнітючих по Україні показників? Відмовами хворих від лікування або відмовою хворим в лікуванні? У будь-якому випадку це негативно характеризує стан онкологічної служби в області та безпосередньо впливає на п'ятирічну виживаність хворих (при I-II стадії раку гортані – 89,5%; при III-IV стадії раку гортані – 47,4%), інтегральний показник оцінки рівня діагностичної, лікувальної та організаційної протиракової боротьби в регіоні.

Таблиця 2

## Методи спеціального лікування хворих на рак гортані

Рік	Вперше зареєстровано хворих	Отримали спеціальне лікування		З них з використанням наступних методів									
				Тільки хірургічний		Тільки променевий		Тільки хіміо-терапевтичний		Хіміо-променевий		Комбінований або комплексний	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	76	36	47,4	13	36,1	10	27,8	1	2,8	4	11,1	8	22,2
2007	101	61	60,3	16	26,2	20	32,8	2	3,3	3	4,9	20	32,8
2008	85	55	64,7	17	30,9	19	34,5	2	3,6	2	3,6	15	27,3
2009	106	75	70,8	16	21,3	37	49,3	3	4,0	4	5,3	15	20,0
2010	86	58	67,4	17	29,3	22	37,9	2	3,4	5	8,6	12	20,7
2011	119	80	67,2	19	23,8	26	32,5	3	3,8	6	7,5	26	32,5
2012	106	58	54,7	25	43,1	12	20,7	7	12,1	2	3,4	12	20,7
2013	91	58	63,7	28	48,3	9	15,5			3	5,2	18	31,0
2014	71	40	56,3	24	60,0	7	17,5	2	5,0	2	5,0	5	12,5
2015	83	48	57,8	23	47,9	7	14,6	4	8,3	6	12,5	8	16,7
Разом	924	569	61,6	198	28,7	169	28,3	26	5,1	37	6,7	139	23,6

Представлений матеріал свідчить про серйозну проблему, вирішення якої неможливо без скринінгу груп ризику серед населення, ста-

ндартизації обстеження і лікування хворих на злоякісні новоутворення гортані, з урахуванням сучасних наукових і клінічних розробок.

© О.В. Хоролец, В.О.Каширін, Л.М. Фудашкіна, 2016

*А.В. ЦИМАР, В.М. ПУШКАРЬОВА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

## ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТУ

Гострий бактерійний риносинусит (ГБРС) найчастіше є ускладненням ГРВІ, і їх симптоми накладаються один на одного. Найбільш поширеними ознаками синуситу є симптоми застуди тривалістю більше 10-12 днів, гнійні виділення з носа, або по задній стінці глотки, відчуття «розпирання» або больові відчуття в певних ділянках обличчя, біль голови, кашель (при стіканні секрету по задній стінці глотки) і закладеність носа. Патогномонічними симптомами вважаються гнійне виділення з носа (особливо тривалістю більше 10-14 днів) і підвищення температури тіла вище 38 °С.

При фізикальному обстеженні привертає увагу гнійне виділення з носа. Для верхньощелепового синуситу характерна наявність гною в середньому носовому ході. У деяких хворих спостерігається почервоніння або болючість обличчя над ураженими пазухами. Рідше зустрічається набряк повік і слюзотеча. Ці симптоми підозрілі щодо гострого етмоїдиту. Приблизно у половини хворих на гострий бактерійний синусит підвищується температура тіла.

У 2-10% випадках застуда або грип ускладнюється запаленням приносних пазух – гострим риносинуситом. Провідні механізми, що забезпечують розвиток бактерійної інфекції слідом за вірусною – це пошкодження високовірулентними агентами (грип і аденовірус) ендотелію слизової оболонки порожнини носа, супресія вірусом активності нейтрофілів, макрофагів і лейкоцитів. Дорослі люди переносять приблизно від двох до п'яти епізодів ГРВІ на рік, з них близько 2-5 % ускладнюються бактерійною інфекцією. Незважаючи на впровадження нових методів діагностики і лікування, щорічно в Україні близько 5 мільйонів людей переносять гострий синусит, який розвинувся в позалікарняних умовах.

Дані, які отримані при дослідженні пунктів максиллярних синусів у 85 пацієнтів, підтверджують бактерійну природу запалення приносних пазух у 71% випадків (Л.С. Страчунський, 1998). Хоча приносні пазухи є безпосереднім продовженням багатих на мікрофлору слизових оболонок носоглотки, в нормі вони є сте-

рильні (Evans, Sydnor, Moore et al., 1974; Gwaltney, 1996) патогенез синуситу не зовсім визначений. Існує припущення, що оклюзія лійкоподібного отвору приносової пазухи, як і оклюзія будь-якого дренажного отвору, призводить до розвитку інфекції (Gwaltney, 1996). Це підтверджується комп'ютерною томографією, виконаною в період перебігу вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів. Гострий синусит супроводжується запаленням, набряком слизової оболонки і накопиченням ексудату. Останній містить більше 5 000 поліморфноядерних лейкоцитів в 1 мл. Для оклюзії приносової пазухи достатньо незначного запалення. Так на комп'ютерних томограмах лійкоподібний отвір верхньощелепової пазухи становить, в середньому, 6 мм в довжину і 3 мм в діаметрі. Дренування пазух здійснюється війками епітелію. При цьому слиз оновлюється 2-3 рази на годину (Gwaltney, 1996; Maran, Lund, 1990). Очевидним джерелом інфікування при гострому бактерійному синуситі є флора суміжних носових ходів. Проте, за характером розподілу мікроорганізмів бактеріологія синуситу абсолютно відрізняється від нормальної флори носа. Бактеріальна флора носових ходів різноманітна і містить велику кількість анаеробів і стрептококів. Навпаки, для гострого бактерійного синуситу характерна мономікробна флора з дуже обмеженою кількістю можливих патогенів. Найчастіше збудниками синуситів є *Streptococcus pneumoniae* і *Haemophilus influenzae*. Титр бактерій в ексудаті зазвичай перевищує 10<sup>5</sup>/мл, але може бути і значно вище (Evans, Sydnor, Moore et al., 1974; Gwaltney, 1996). Інтенсивність проявів синуситу багато в чому визначається вірулентністю мікроорганізму, що викликав бактерійне запалення. В даний час відзначається тенденція до зміни спектру збудників захворювань верхніх дихальних шляхів. На зміну «традиційному» стафілококу приходять інша флора: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catharrhalis*. Поява антибіотикорезистентних форм мікроорганізмів створює певні труднощі в правильному виборі препарату для системної антибіотикотерапії. Метою антибактеріальної терапії гострого синуситу є пригнічення симптомів і скорочення тривалості захворювання, знищення збудників, що зменшує пошкодження слизової оболонки та сприяє хронізації захворювання. Широке застосування системних антибіотиків, зазвичай є безпідставним, особливо з використанням неадекватно малих доз і недостатнє за тривалістю, призводить до появи резистентних до даного антибіотика штамів збудників. Все частіше в літературі з'являються повідомлення про необхідність обмеження викорис-

тання системної антибіотикотерапії при лікуванні запальної патології верхніх дихальних шляхів. Основна мета додаткової терапії риносинуситу – полегшити симптоми хвороби. Вона включає призначення деконгестантів – місцевих або системних протинабрякових засобів, антигістамінних препаратів, муколітиків, місцевих кортикостероїдів, анальгетиків, промивання порожнини носа сольовими розчинами (фізіологічний чи гіпертонічний). Доцільність призначення деяких з цих препаратів є дискусійною.

Місцеві деконгестанти (ксиметазолін, оксиметазолін та ін.), впливаючи на альфа-адренергічні рецептори слизової оболонки порожнини носа, зменшують її набряк і покращують таким чином носове дихання. Одночасно поліпшується дренування приносівих синусів. Через можливість розвитку медикаментозного риніту дані препарати не рекомендується застосовувати більше ніж 3-5 днів.

Системні деконгестанти (псевдоефедрин, фенілпропаноламінгідрохлорид) також можуть зменшувати набряк слизової оболонки носа. Але через низку небажаних ефектів, зокрема через частий розвиток безсоння і підвищення артеріального тиску, вони не знаходять широкого застосування при лікуванні ГБРС.

На даний час немає даних, які підтверджують користь від прийому антигістамінних препаратів при лікуванні ГБРС у пацієнтів без алергії. Тільки в одному проспективному рандомізованому дослідженні у дітей з ГБРС порівнювали ефективність антигістамінних препаратів і плацебо на додаток до амоксициліну. У цьому дослідженні додаткова терапія включала оксиметазолін інтраназально і деконгестант – антигістамінний сироп (бромфенірамін і фенілпропаноламін) перорально. Відмінностей в клінічних та рентгенологічних даних між групами не зафіксовано. Крім того, антигістамінні препарати можуть викликати сухість слизової оболонки порожнини носа і при носових синусів і погіршувати, таким чином, мукоциліарний кліренс. Американські та європейські експерти не рекомендують антигістамінні препарати в якості додаткової терапії при гострому риносинуситі.

Мало даних про ефективність інтраназальних кортикостероїдів при гострому риносинуситі. За даними I.B. Barlan і співавторів (2004), інтраназальний спрей будесоніду на додаток до антибіотика давав середній ефект на клінічний перебіг риносинуситу тільки на другому тижні лікування. У подвійному сліпому рандомізованому дослідженні E.O. Meltzer і співавторів (2002) перевага флунізоліда на додаток до антибактеріальної терапії була незначна і мала мінімальне клінічне значення. У той же час у по-

двійному сліпому рандомізованому дослідженні R.J. Dolor і співавтори (2005) встановили статистично достовірну ефективність інтраназального спрею флутиказону на додаток до антибактеріальної терапії при гострому рецидивуючому або при загостренні хронічного риносинуситу. В цілому є мало підстав очікувати істотного ефекту від інтраназальних стероїдів при ГБРС, коли є поліпшення від антибактеріальної терапії на 3-4-й день лікування.

Так як багато пацієнтів з ГБРС скаржаться на біль голови та ділянки обличчя, то, при необхідності, виправдано застосування анальгетиків. Поки немає публікацій про дослідження ефективності муколітиків, сольових крапель або спреїв. Теоретично вони можуть бути корисні для попередження утворення шкуринок і розрідження густого секрету. Крім того, фізіологічний розчин може діяти як м'який вазоконстриктор.

Ми вивчили клінічну ефективність застосування місцевого протизапального препарату Дефлю синус при лікуванні гострого бактеріального риносинуситу. До складу препарату входять такі компоненти.

Екстракт цикламена (*Cyclamen parviflorum Subalpinum*) сприяє дренажу приносних пазух. Ефірні олії чайного дерева, імбиру, м'яти, евкаліпту виявляють антисептичну дію, мають протинабрякові властивості, а Д-пантенол і вітамін Е сприяють відновленню пошкодженої слизової оболонки носа. Екстракт цикламена (*Cyclamen parviflorum Subalpinum*) містить біологічно активну речовину групи сапонінів, яка при контакті зі слизовою оболонкою подразнює і рефлекторно посилює секрецію, що сприяє дренажу (вимиванню патологічних виділень) з приносних пазух. Відзначено місцеву проти набрякову дію за рахунок значної дегідратації слизової оболонки після використання засобу.

Масло чайного дерева має виражену антисептичну, протигрибкову і бактерицидну дію. Основна з властивостей ефірної олії імбиру є її здатність надавати протизапальну і антисептичну дію.

Ефірна олія евкаліпта має потужні антисептичні властивості, використовується при лихоманці і респіраторних інфекціях. Ефірна олія м'яти має антимікробні властивості, протизапальну і капіляррозміцнюючу дію. Д-пантенол є провітаміном В5, який необхідний для формування і регенерації слизових оболонок, має виражену протизапальну, зволожуючу і заспокійливу дію. Вітамін Е покращує трофіку слизових оболонок і запобігає розвитку запальних процесів.

### **Мета дослідження**

Вивчення клінічної ефективності застосування місцевого препарату Дефлю синус (спрей) при лікуванні гострого бактеріального риносинуситу.

### **Матеріали і методи**

У відділенні оториноларингології Львівської обласної клінічної лікарні нами було обстежено та проліковано 45 хворих на гострий бактеріальний синусит у віці від 15 до 50 років. Діагноз синуситу підтверджувався скаргами хворих на біль голови, гнійні виділення з порожнини носа, даними рентгенографії приносних пазух. Тривалість захворювання сягала від 2 до 3 тижнів.

Основну групу склали 25 хворих, які отримували препарат Дефлю синус по 2 впорскування в кожную половину порожнини носа, 2 рази на день на тлі стандартного лікування: системна антибактеріальна терапія (ауроксетил 0,5г 2 рази на день перорально), протизапальна, мукоактивна терапія. Групу контролю склали 20 хворих на ГБРС, які отримували стандартне лікування без використання препарату Дефлю синус.

З метою комплексного дослідження стану ендоназальних структур всім пацієнтам проводився ендоскопічний огляд порожнини носа. Оцінка клінічної ефективності була проведена на підставі клінічних даних (динаміка таких показників, як біль голови, утруднення носового дихання, кількість виділень з носа, набряк слизової оболонки, її гіперемія і інфільтрація) і функціональних параметрів слизової оболонки порожнини носа (транспортна функція миготливого епітелію (ТФМЕ), дихальна функція (ДФ), нюх).

Оцінка функціонального стану слизової оболонки носа, її видільної та всмоктувальної функцій, мукоциліарного кліренсу здійснювалася за допомогою сахаринової проби. Всім хворим проводився аналіз цитології мазків зі слизової оболонки середніх носових раковин. Контрольна рентгенографія приносних пазух виконувалася через 1 місяць після закінчення лікування.

### **Результати дослідження**

Серед хворих на ГБРС були діагностовано наступні нозологічні форми ураження приносних пазух (табл.).

При ендоскопічному дослідженні порожнини носа у всіх пацієнтів спостерігалися різні види ендоназальних аномалій (ізолювані деформації переділки носа – 66% випадків, аномалії латеральної стінки носа – 4% випадків, їх поєднання – 30% випадків).

При дослідженні мукоциліарної транспортної системи відзначено її більш швидке відновлення у пацієнтів основної групи на 5-й день лікування.

На 10-й день лікування в цитограмі мазків зі слизової оболонки носа пацієнтів основної групи відзначалося зменшення кількості нейтрофілів в полях зору до  $51,44 \pm 3,06\%$ , в групі

контролю кількість нейтрофілів в полях зору склало  $58,52 \pm 1,08\%$ . Відсотки полів зору лімфоцитів, макрофагів і фібробластів були приблизно однаковими.

За даними контрольної рентгенографії, пневматизація приносних пазух відновлювалася швидше в основній групі – 82%, в контрольній – 74%.

Нозологічні форми ураження приносних пазух

Діагноз	Основна група	Контрольна група
Однобічний гострий верхньощелеповий синусит	15	11
Двобічний гострий верхньощелеповий синусит	2	1
Однобічний гострий фронтит	2	2
Гострий гемісинусит	2	3
Однобічний гострий гаймороектоїдит	4	3
<i>Всього</i>	25	20

### Висновки

1. У пацієнтів, які отримували Дефлю синус, була відзначена більш виражена позитивна динаміка як суб'єктивних, так і об'єктивних показників клінічної ефективності: швидше зникав біль голови, зменшувалася кількість виділень, зменшувалися гіперемія і інфільтрація слизової оболонки порожнини носа; поліпшувалися функціональні показники слизової оболонки.

2. Порівняльна оцінка цитограм говорить про скорочення тривалості запального процесу у пацієнтів основної групи у порівнянні з контрольною групою.

3. Застосування лікарського засобу Дефлю синус (спрей) в лікуванні гострого бактеріального риносинуситу дає більш швидке відновлення клінічних і функціональних показників стану слизової оболонки.

© А.В. Цимар, В.М. Пушкарьова, 2016

*А.В. ЦИМАР, О.В. ЧОРНИЙ (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАНАЗАЛЬНИХ КОРТИКОСТЕРОЇДНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЛІМФАДЕНОЇДНОГО АПАРАТУ ГОРЛА У ДІТЕЙ

**Актуальність:** Під впливом різноманітних зовнішніх чинників розвиваються захворювання носоглотки: гіпертрофія лімфоаденоїдного глоткового кільця, що приводить до порушення носового дихання, часте поєднання риносинуситу і аденоїдиту, захворювання може ускладнюватись середнім отитом, фарингітом. Етіологічним фактором розвитку гіпертрофії лімфоаденоїдного глоткового кільця є не тільки рецидивуючі вірусні та бактеріальні інфекції, але й алергічні захворювання (Пухлик С.М., Нейвирт Є.Г., 2000).

Розростання глоткових мигдаликів – поширене захворювання серед дитячого населення, більше відоме як аденоїди. Причини виникнення аденоїдів різні: спадкова схильність, часті простудні захворювання, різні інфекції – напри-

клад, грип, кір. Коли малюкові виконуються три роки, коло його спілкування розширюється: дитячий сад, друзі по майданчику біля будинку, театр, спортивні секції.

Хронічний аденоїдит проявляється у вигляді:

- **утрудненого носового дихання.** Ступінь порушення носового дихання залежить від величини і форми глоткової мигдалини, яка створює механічну перешкоду для проходження повітря, а також від розміру і форми носоглотки і супутніх змін її слизової оболонки. Порушення носового дихання може мати постійний характер при значному збільшенні аденоїдів або спостерігатися періодично, в періоди гострих респіраторних інфекцій носоглотки, а також в положенні лежачи (під час сну), коли аденоїди

збільшуються через повнокров'я венозних судин.

- **наявності слизово-гнійного секрету** в носоглотці, що призводить до пригнічення захисної функції слизової оболонки носа, її запалення (хронічний назофарингіт). Крім того, сприяє порушенню носового дихання, через що виникає гугнявість голосу, порушення його тембру і вимови звуків.

- **зниження слуху.** Аденоїдні вегетації є механічною перешкодою для надходження повітря в слухову трубу. Цей стан проявляється приглухуватістю звукопровідного типу. До того ж, постійні запальні явища в носоглотці призводять до бактеріального інфікування середнього вуха через слухову трубу, внаслідок чого виникають середні отити (запалення слизової оболонки вуха, секреторний отит).

- **хропіння і синдрому обструктивного апное** (порушення дихання) під час сну (Безшапочний С.Б., Кішук В.В., Лобурець В.В. та ін., 2009; Лайко А.А., Заболотний Д.І., Синяченко В.В., 2000; Лайко А.А., Косаковський А.Л., Заболотна Д.Д., 2013). Аденоїди, будучи перешкодою на шляху проходження повітряного струменя, змушують дитину дихати через рот, що призводить до зниження тону м'язів глотки. Крім цього, аденоїдні вегетації роблять напрям повітряного струменя більш завихрюється, ніж в нормі, через що виникає вібрація м'якого піднебіння, що виявляється хропінням і навіть затримкою дихання через перекриття повітряних шляхів (синдромом обструктивного апное) (Мінін Ю.В. 1994). Поширення хропіння у дітей у віці 2-6 років складає 10%-14% (Young, Peppard, Gottlieb, 2002), обструктивне апное у віці 1-3% (Бузунов Р.В., Легейда І.В., Царева Е.В., 2012; Sohn, Rosenfeld, 2003). Наслідком утрудненого носового дихання як під час сну, так і під час неспання у дітей є постійна сонливість, підвищена стомлюваність, дратівливість, зниження уваги і пам'яті.

- **кашлю**, який пов'язаний з подразненням слизової оболонки глотки патологічним виділенням, що стікає з носоглотки. Зазвичай кашель виникає під час сну або при пробудженні дитини.

Поширеність цих захворювань залежить від віку дитини: у дітей 2-3 років вона невелика – 2%, від 3 до 7 років – 5%, а в період статевого дозрівання і у підлітків підвищується до 14%. Потрібно відзначити, що дівчатка набагато частіше схильні до захворювань верхніх дихальних шляхів, ніж хлопчики.

Враховуючи з патогенетичної точки зору при гіпертрофії лімфаденоїдного апарату та алергічному риніті в носоглотці розвивається

запалення і набряк тканин всієї носоглотки, що погіршує носове дихання, тому доцільно призначати топічні кортикостероїди, які мають протиалергічну, протизапальну і протинабрякову дію (Bousquet, 2008, Fokkens, 2007).

**Мета:** оцінити ефективність застосування топічних інтраназальних кортикостероїдів при консервативному лікуванні дітей з гіпертрофією лімфаденоїдного апарату горла.

**Матеріали і методи:** Проведено обстеження 30 дітей з гіпертрофією глоткового мигдалика у віці від 2 до 10 років. Пацієнти були розділені на 2 групи, залежно від захворювання. В першій групі було 20 хворих дітей з гіпертрофією глоткового мигдалика, яким проводилось консервативне лікування (елімінаційна терапія, антигістамінні препарати, мукоактивні препарати) і топічні інтраназальні кортикостероїди. В другій групі – 10 хворих дітей з гіпертрофією лімфаденоїдного апарату проводилось консервативна терапія та місцеве антибактеріальне лікування. Всім хворим проводилися:

- загальна оцінка стану хворого;
- ЛОР-огляд, включаючи ендоскопію порожнини носа і носоглотки;
- акустична імпедансометрія;
- мікробіологічне дослідження виділень з носоглотки.

У 19 (63,3%) дітей була виявлена нормальна флора, у 11 (36,7%) умовно-патогенна, в тому числі *S. pneumonia*, *H. influenza*, *B. catarrhalis*, *S. aureus*, *S. pyogenes* і ін., як монокультури або в різних комбінаціях.

**Результати.** В основній групі у 16 хворих (80%) відзначали зменшення скарг на затруднення носового дихання, поліпшення дихання уві сні, виділення майже повністю припинялися вже до 7-9-го дня лікування.

Важливо зміна ступеня гіпертрофії аденоїдних вегетацій. До початку лікування у 22 дітей (73,3%) виявлено аденоїди III-го ступеня, у 8 дітей (26,7%) – аденоїди II-го ступеня. Після курсу лікування у 7 дітей в основній групі (35%) аденоїди скоротилися з III-го до II-го ступеня, а аденоїди II-го ступеня визначалися тільки у 4 дітей (20%).

В II групі у 6 хворих (60%) відзначали зменшення скарг на затруднення носового дихання, поліпшення дихання уві сні, виділення майже повністю припинялися вже до 10-12-го дня лікування. У 2 (20%) аденоїди скоротилися з III-го до II-го ступеня, а аденоїди II-го ступеня визначалися у 4 дітей (40%).

В I-й групі через 3 місяці після закінчення лікування у 4 пацієнтів з гіпертрофією глоткового мигдалика III-го ступеня зберігалися зміни з боку слухового аналізатора (секреторний отит)

і їм проведена аденотомія. В II-й групі через 3 місяці після закінчення лікування у 6 (60%) пацієнтів була виконана аденотомія.

На підставі отриманих даних (результати клінічного огляду), а також опитування пацієнтів і їх батьків можна зробити наступні висновки.

**Висновки:** Отже, за результатами дослідження встановлено, що при гіпертрофії лімфаденоїдного апарату горла ефективним є консервативне лікування із застосуванням топічних інтраназальних кортикостероїдів. Дані препара-

ти забезпечують комплексно позитивну дію, особливо якщо захворювання супроводжується алергічними процесами та іншими проявами запалення. Проте, при наявності обструктивного апное уві сні, особливо при отологічних ускладненнях і гіпертрофії аденоїдних вегетацій III ступеня консервативна терапія повинна доповнюватися хірургічним лікуванням. При виборі методу лікування гіпертрофії лімфаденоїдного кільця необхідно враховувати можливу наявність алергічного компоненту у пацієнтів.

© А.В. Цимар, О.В. Чорній, 2016

*Т.Р. ЦЬОЛКО, О.О. ГАЛАЙ (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

### **МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСОУТВОРЕННЯ У ХВОРИХ З РАКОМ ГОРТАНІ**

В Україні захворюваність на рак гортані складає в чоловіків 11.2 (загальний 5.4) випадки на 100 тис населення, а це 2000 нових випадків в рік. 28% хворих не проживають року з часу встановлення діагнозу, занедбаність за 2014 рік (III і IV стадія) при раку гортані становить 58,3%, глотки 74,4%. Це, в свою чергу, вимагає проведення розширених операцій з видаленням цілої гортані, що призводить до стійкої втрати мови.

З кожним роком питання якості життя в онкохворих набирає більшої ваги і в окремих випадках кардинально впливає на вибір лікування, особливо у хворих з раком гортані. Проведена нами робота має на меті розширити арсенал можливостей з відновлення голосоутворення після ларингектомії, оцінити переваги і недоліки проведених методик, запропонувати альтернативні методи реабілітації пацієнтів з раком гортані і глотки

Проведено аналіз хворих оперованих з пухлинами глотки та гортані, яким проводились радикальні операції з видалення гортані у відді-

ленні пухлин голови і ший Львівського онкоцентру за 2013-2015 роки. Так в 2013р. ларингектомій проведено 62 (фаринголарингектомій — 1), в 2014 — 66 (2) відповідно, а в 2015 — 70 (2). Кількість органозберігаючих операцій — резекцій гортані та хордектомій в 2013 — 6, 2014 — 7, 2015 — 11. Широко набула методика встановлення голосового протезу з формуванням трахеоезофагального шунта. Так в 2013 р проведено 35 таких операцій, в 2014 — 15, в 2015 — 29. Дані операції дозволили досягнути найкращого тембру голосу, наближеного до натурального. В 2015 випробувано в 3 хворих функціонування різних моделей електрогортані. Решта пацієнтам, в основному в зв'язку з важким фінансово-економічним станом, проводилася реабілітація шляхом удосконалення власного стравохідного голосу.

Наглядно презентовані різні методики реабілітації дозволяють обрати пацієнтам і лікарям найкращий спосіб, який би задовольнив пацієнта та не зашкодив радикальності проведеного лікування.

© Т.Р. Цьолко, О.О. Галай, 2016

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, К.Ю. КУРЕНЬОВА, Т.В. ШЕВЦОВА, О.О. КОРОВАЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА АМПЛІТУДИ АРВМ У ХВОРИХ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОЛОСУ**

Процес голосоутворення базується на тонкому механізмі функціональної кореляції взаємодії між системами, що приймають участь

в процесі голосоутворення з їх біологічними зворотніми зв'язками на основі слухового, вібраційно-тактильного та пропріоцептивного ана-

лізаторів, функціональний стан яких контролюється моторними, емоційними та ментальними центрами ЦНС (Ю.С. Василенко та співавт., 1997; И. Максимов, 1988; А.Т. Рябченко, 1964; О.С. Орлова, 1998; Т.А. Шидловська, 2001, та ін).

В своїх дослідженнях Т.А. Шидловська (1998, 1999, 2000, 2011) показала, що наявність розладів на стовбуромозковому рівні слухового аналізатора за даними коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП) у хворих із хронічними функціональними порушеннями голосу (ХФПГ) можна розцінювати як прогностично несприятливий фактор в патогенетичному розвитку функціональних дисфоній.

Відомо, що інформативним діагностичним методом, який дозволяє також оцінювати стан звукосприймаючого відділу слухового аналізатора від завитки до стовбуру є імпедансна аудіометрія, а саме реєстрація акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів (АРВМ) (С.Н. Хечинашвили, 1978; Б.М. Сагалович, 1978; Rawool W.V., 1996 та ін.). Багатьма дослідниками зміни амплітуди акустичного рефлексу розцінюються як реакція слухового аналізатора на функціональні зрушення на стовбуромозковому рівні (Bosatra, 1975; Coletti, 1979; Burkey et al, 1996 та ін.).

Метою даної роботи стало дослідження амплітудних показників АРВМ у хворих із хронічною функціональною гіпотонусною дисфонією (ХФГД). Для цього був проведений аналіз амплітуди АРВМ у 155 пацієнтів з ХФГД. Контрольну групу склали 20 здорових отолічно і ларингологічно здорових осіб віком від 18 до 35 років.

За величиною амплітуди АРВМ пацієнти були розділені на 3 групи. В першу групу (І) увійшли 20 осіб, у яких амплітуда АРВМ відповідно при іпси- та контралатеральній стимуляції дорівнювала  $(0,21 \pm 0,006)$  та  $(0,22 \pm 0,004)$  см<sup>3</sup> і достовірно не відрізнялася від даних в контрольній групі. В другу (ІІ) групу увійшли 83 пацієнти, у яких амплітуда АРВМ була помірно

зниженою відносно норми, як при іпси-, так і при контралатеральній стимуляції  $(0,14 \pm 0,009)$  та  $(0,15 \pm 0,009)$  см<sup>3</sup>, і достовірно ( $p < 0,01$ ), відрізнялася від показників контрольної групи. Третю групу (ІІІ) склали 52 пацієнти, у яких амплітуда АРВМ була значно зниженою відносно норми при іпси- та контралатеральній стимуляції  $(0,07 \pm 0,006)$  та  $(0,08 \pm 0,005)$  см<sup>3</sup> та достовірно ( $p < 0,01$ ) відрізнялася від показників контрольної групи. Показники амплітуди в усіх трьох групах достовірно відрізняються між собою як при іпси-, так і при контралатеральній стимуляції.

При зборі анамнезу в кожній з груп було виявлено, що пацієнти із значно зниженою амплітудою АРВМ мають значно більше скарг загального характеру, як-то: головний біль, запаморочення, лабільність артеріального тиску, тяжкість в голові, дискомфорт в області серця, ніж пацієнти ІІ, а, особливо І-ї групи, хоча місцеві скарги, такі як захриплість, дискомфорт в області гортані, кашель з мокротою висувалися хворими всіх трьох груп майже в однаковій кількості. Цікавим виявився і той факт, що середня кількість рецидивів на протязі року у пацієнтів ІІ-ї групи була найвищою –  $(5,44 \pm 0,26)$ , а у пацієнтів І та ІІ груп, відповідно, становила  $(1,75 \pm 0,1)$  та  $(3,42 \pm 0,7)$ . Відмітимо, що середня кількість рецидивів в усіх групах достовірно ( $p < 0,01$ ) відрізнялася одна від одної. Слід зазначити, що захворювання у хворих ІІ-ї групи мало схильність до прогресування, в той час, як у пацієнтів І та ІІ груп воно мало стійкий перебіг.

Отже, амплітуду АРВМ можна розцінювати як цінний допоміжний критерій для об'єктивізації оцінки стану хворих на ХФГД, (хворі із значно зниженою амплітудою мають гірший клінічний перебіг та більшу кількість рецидивів). На нашу думку, імпедансометричне дослідження з урахуванням його амплітудних характеристик, буде корисним в якості об'єктивного методу при проведенні профвідбору та профорієнтації осіб голосомовних професій.

© Т.А. Шидловська, К.Ю. Куреньова, Т.В. Шевцова, О.О. Коровай, 2016

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, К.Ю. КУРЕНЬОВА, Т.В. ВОЛКОВА, О.С. ПОЙМАНОВА, Т.Г. ІВАНЧЕНКО  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ЯКІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВІДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПІЇ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ГІПОТОНУСНІЙ ДИСФОНІЇ**

Для об'єктивної оцінки стану голосоутворюючого апарату широко використовується метод ларингостробоскопії (Ю.С. Василенко, 2000;

Т.А. Шидловська, 2011; Dejonckere, 2001; Franco, 2007 та ін.). Це видозмінений спосіб проведення ларингоскопії, який дозволяє дослі-



джувати характер рухів, вібрації голосових складок. При проведенні ларингостробоскопії враховуються такі основні параметри (Ю.С. Василенко, 2000; Л.Б. Дмитрієв та співавт., 1990; Т.А. Шидловська, 2011): 1) синхронність та асинхронність коливань; 2) стан глоттисної щілини на різних фазах фонації; 3) наявність або відсутність вібраторних коливань; 4) наявність або відсутність стробоскопічного комфорту; 5) наявність або відсутність руху слизової оболонки по вільному краю голосових складок (слизова хвиля).

Функціональна гіпотонусна дисфонія (ФГД) є однією з найрозповсюдженіших нозологічних форм серед функціональних порушень голосоутворення (Т.А. Шидловська, 2011).

Метою даного дослідження було визначення відеоларингостробоскопічних ознак у хворих з функціональною гіпотонусною дисфонією. Для цього нами було проведено відеоларингостробоскопічне обстеження 40 пацієнтам з функціональною гіпотонусною дисфонією віком

від 20 до 43 років та 15 ларингологічно здоровим особам контрольної групи; відеоларингостробоскопія фірми “KarlStorz” (Німеччина).

В ході дослідження було виявлено, що у всіх пацієнтів з ФГД (100%) спостерігалася асинхронність вібраторних коливань, як за частотою, так і за амплітудою, також у всіх 100 % пацієнтів мало місце неповне змикання глоттисної щілини при фонації в фазі закриття, причому локалізація місця незмикання могла варіювати о одного і того ж пацієнта. Щодо «стробоскопічного комфорту», то у переважній більшості хворих ця ознака була позитивною – 38 осіб (95%), у 2-х пацієнтів (5%) «стробоскопічний комфорт був відсутній, у всіх 100 % пацієнтів симптом «слизової хвилі» був позитивним.

На нашу думку, відеоларингостробоскопічне дослідження дозволяє об'єктивно оцінити моторику голосових складок при функціональних порушеннях голосоутворення, що сприятиме призначенню адекватних методів реабілітації голосу таким пацієнтам.

© Т.А. Шидловська, К.Ю. Куреньова, Т.В. Волкова, О.С. Пойманова, Т.Г. Іванченко, 2016

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.В. ШИДЛОВСЬКА, М.С. КОЗАК,  
К.В. ОВСЯНИК, Л.Г. ПЕТРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМИКИ ТА СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ У ОСІБ, ЯКІ ОТРИМАЛИ АКУТРАВМУ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Останнім часом серед фахівців різних спеціальностей на порядок денний вийшло багато питань військової медицини. Зросли випадки пошкодження слухової системи внаслідок міно-вибухової та інших варіантів акутравми, в тому числі в реальних бойових умовах. В таких умовах відбуваються порушення не тільки в слуховій системі але і в інших органах і системах, стан яких безпосередньо впливає на слуховий аналізатор – так звані екстрауральні зміни. Це насамперед стосується стану серцево-судинної та центральної нервової систем. Причому нерідко саме вираженість екстрауральних змін визначає прогноз та тяжкість стану пацієнтів.

Ми досліджували біоелектричну активність головного мозку та церебральний кровообіг у 50 хворих з сенсоневральними порушеннями слуху, які отримали акутравму в зоні проведення АТО, методом електроенцефалографії (ЕЕГ) та реоенцефалографії (РЕГ) за допомогою комп'ютерної системи фірми “DX-системи” (Україна) за загальноприйнятими методиками.

У осіб, які перебували в зоні проведення АТО, спостерігаються виражені порушення у функціональному стані ЦНС, часто мають місце розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад, гостра реакція на стрес та ін. За нашими даними, у обстежених нами осіб було виявлено на ЕЕГ іритативні зміни, дезорганізація і десинхронізація основних ритмів, переважання бета-ритму та значна частка тета-ритму. У частини хворих мало місце загальне зниження біоелектричної активності головного мозку. У деяких випадках спостерігалася невиражена асиметрія біотоків у скроневих і потиличних відведеннях – переважно у тих випадках, коли у пацієнтів було асиметричне ураження слухової системи зі значною різницею в показниках двох сторін. Також часто у обстежених осіб, з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО, спостерігалися спалахи гіперсинхронної активності, в т.ч. з повільнохвильовими елементами, що свідчить про значне переважання процесів збудження у глибоких структурах головного мозку. У деяких з них виявлялись навіть посттравматичні епілептиформні ознаки.

У значної частини обстежених хворих з акутравмою було виявлено ознаки подразнення різних структур головного мозку. Так, порушення коркової активності переважно у лобних, скроневих і центральних відведеннях, спостерігалася у 100% обстежених. Виражені ознаки подразнення дієнцефальних структур головного мозку, за нашими даними, були у 54,0% хворих з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО, дієнцефально-стовбурових – у 30,0%, а медіобазальних – у 12,0 %.

Отже, у обстежених нами осіб з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО, спостерігались виражені зміни біоелектричної активності головного мозку за даними ЕЕГ переважно іритативного характеру з подразненнями глибоких відділів головного мозку.

Серед особливостей стану мозкового кровообігу у хворих з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО можна виділити випадки вираженого зниження пульсового кровонаповнення, причому у всіх стандартних відведеннях (ФМ та ОМ), а не тільки у вертебрально-базиллярній системі, як це часто зустрічається при СНП. Також ми спостерігали велику частку випадків зниженого тонусу судин. Зауважимо, що серед усіх пацієнтів з СНП будь-якого генезу відсоток таких випадків (зниження тонусу мозкових судин) надзвичайно малий – до 7%.

У обстежених нами військовослужбовців, які отримали акутравму в реальних бойових умовах, виявився дуже високим відсоток випадків з нестійким судинним тонусом, значною була частина осіб з тенденцією до зниження судин-

ного тонусу і навіть випадки атонії, що суттєво відрізняє даний контингент від інших спостережень пацієнтів с СНП.

Утруднення венозного відтоку мало місце в 90,0 % випадків в каротидній системі і в 100,0 % – у вертебрально-базиллярній. Серед досліджуваних хворих ми також часто реєстрували зниження тонусу мозкових судин (30,0 %) та навіть випадки атонічної кривої (22,0 %). Значною була частка пацієнтів з нестійким судинним тонусом (58,0 %) у обох системах мозкового кровообігу. Що стосується пульсового кровонаповнення, то у хворих на акутравму було зафіксовано 66,0% випадків його зниження в каротидній системі і 84,0% в вертебрально-базиллярному басейні. У вертебрально-базиллярній системі у бійців АТО також відмічалась асиметрія РЕГ-кривих (8,0 %).

Отже, у обстежених нами бійців, які отримали акутравму у зоні проведення АТО, переважали утруднення венозного відтоку, зниження пульсового кровонаповнення та тенденція до зниження (аж до атонії), або нестійкий тонус мозкових судин за даними реоенцефалографії. На нашу думку, ці дані потребують подальшого поглибленого вивчення. Виявлені якісні зміни РЕГ було підтверджено достовірними змінами кількісних показників РЕГ (ДКІ, ДСІ, Рі).

Таким чином, у хворих з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО спостерігаються виражені екстраауральні порушення, особливо, з боку ЦНС та мозкового кровообігу, які мають певні особливості, що необхідно враховувати під час лікування таких пацієнтів.

© Т.А. Шидловська, Т.В. Шидловська, М.С. Козак, К.В. Овсяник, Л.Г. Петрук, 2016

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.В. ШИДЛОВСЬКА, К.Ю. КУРЕНЬОВА, Л.А. ТРИНОС  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ПОЄДНАННЯ ЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЦНС ТА СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ГОЛОСОУТВОРЕННЯ, ЯКІ ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ ГІПОТОНУСНИМ СТАНОМ М'ЯЗІВ ГОРТАНІ**

Актуальність проблеми зумовлена досить широкою розповсюдженістю функціональних порушень голосу, особливо серед осіб голосомовних професій (Ю.С. Василенко, 1997; Л.Б. Дмитриев и соавт., 1990; Л.А. Зарицкий и соавт., 1984; А.А. Ланцов и Т.Е. Шамшева, 1997; Т.А. Шидловская, 1993).

В цьому повідомленні ми пропонуємо систему комплексних лікувально-діагностичних

заходів при функціональних дисфоніях із гіпотонусним станом м'язів гортані, розроблений в лабораторії професійних порушень голосу та слуху Державної установи «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України». За класифікацією Ю.С. Василенка (1978), Т.А. Шидловська і співавт. (2010) виділяють такі форми дисфоній, що характеризуються гіпотонусним станом голосових м'язів – функціональна

гіпотонусна дисфонія, фонастенія, функціональна афонія. Оскільки всі ці стани мають багато спільних етіопатогенетичних та клінічних проявів, вони розглядаються нами паралельно.

Основними методами діагностики функціональних дисфоній є проведення непрямой ларингоскопії із застосуванням функціональних навантажень та спеціалізованих фоніатричних прийомів, визначення часу максимальної фонації, перцептивна оцінка голосу, а також відеоларингостробоскопії, яка дозволяє оцінити моторику гортані. При проведенні ларингостробоскопії враховуються такі основні параметри (Ю.С. Василенко, 2000; Л.Б. Дмитрієв та співавт., 1990; Т.А. Шидловська, 2011): 1) синхронність та асинхронність коливань; 2) стан глоттисної щілини на різних фазах фонації; 3) наявність або відсутність вібраторних коливань; 4) наявність або відсутність стробоскопічного комфорту; 5) наявність або відсутність руху слизової оболонки по вільному краю голосових складок (слизова хвиля).

Бажано також проводити: спектральне дослідження голосу, мікроларингоскопію, дослідження стану центральної нервової системи за

допомогою електроенцефалографії, стану серцево-судинної системи, преш за все, церебральної гемодинаміки (реознцефалографія, ультразвукова доплерографія судин голови та шиї), дослідження стану слухового аналізатора (аудиометрія в конвенціональному і розширеному діапазонах частот, стовбуромозкові та коркові слухові викликані потенціали, акустична імпедансометрія). Часто пацієнти із функціональними порушеннями голосоутворення потребують консультації інших спеціалістів: психоневролога, ендокринолога, пульмонолога, терапевта, кардіолога, тощо. При підозрах на органічні ураження головного мозку рекомендована магнітно-резонансна томографія та консультація отоневролога і нейрохірурга.

Отже, слід підкреслити, що функціональні дисфонії є складними поліетіологічними захворюваннями, що часто розвиваються на фоні невротичних реакцій і загально соматичної патології, тому потребують ретельного обстеження із застосуванням комплексного підходу та консультацій інших спеціалістів, що, в свою чергу, є запорукою успіху терапії таких пацієнтів.

© Т.А. Шидловська, Т.В. Шидловська, К.Ю. Куреньова, Л.А. Тринос, 2016

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.В. ВОЛКОВА, Є.М. ЦИМБАЛЮК, О.С. ПОЙМАНОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **СПЕКТРАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФОРМАНТ F<sub>1</sub> ТА F<sub>2</sub> ГОЛОСУ ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ТА ОРГАНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГОЛОСОВОГО АПАРАТА**

Розповсюдженість порушень голосової функції залишається значною/ Зважаючи на значну, часом – визначальну роль голосової функції у здійсненні комунікативних зв'язків та соціалізації людини у сучасному світі, не викликає сумніву важливість оцінки якості голосу. Однак, незважаючи на велику кількість і різноманітність методів дослідження голосу, що існують у наш час, проблема об'єктивності його оцінки актуальна і сьогодні. Спектрографія є методом інструментального акустичного дослідження голосового сигналу, за допомогою якого проводиться визначення важливих акустичних характеристик голосу та отримання кількісних показників.

За допомогою програми ADOBE AUDITION 2.0 (Wave Lab LE 7), а також апаратно-програмного комплексу LAR нами були проведені акустичні дослідження голосового сигналу у пацієнтів з функціональними та ор-

ганічними захворюваннями гортані – 15 хворих на функціональну гіпотонусну дисфонию (ФГД) (1 група) та 30 хворих з злоякісними утвореннями гортані: 15 – після хірургічного втручання та голосової реабілітації за допомогою голосового протезу (2 група), 15 – хворі на рак гортані/гортаноглотки до хірургічного лікування (3 група), а також 15 осіб без патології голосового апарату і порушень фонації (К). Дослідження проводили при фонуванні звуків «і», «а» та «е».

Оскільки ми обрали для обстеження групу пацієнтів з онкологічними захворюваннями і для них важливою умовою реабілітації є «впізнаваність» голосу, що обумовлює можливість спілкування, ми оцінювали наявність та вираженість основних «фонемних» формант (F<sub>1</sub> та F<sub>2</sub>); розташування їх піків відповідно до нормативних (референтних) меж частотного діапазону; «згуртованість» (щільність) частотних піків у складі форманти; регулярність (гармоній-

ність) основних та другорядних формант та обертонів; наявність та вираженість додаткових нерегулярних частотних проявів (шум, дисгармонійність), що, як правило, відображає наявність та ступінь захриплості голосу пацієнта.

Згідно отриманих нами даних, у осіб контрольної групи мали місце стійкі піки основних формант фонем, чітко визначався основний тон, спектрограми голосового сигналу наповнені регулярними обертонами. Форманти були достатньої інтенсивності, щільні, що виглядало візуально як вузькі високі піки, мало місце певне чітке підвищення інтенсивності обертонів у зонах частот, що відповідають високій та низькій співочій формантам.

У пацієнтів з ФГД (1 група) також чітко визначались всі основні форманти (F<sub>0</sub>, F<sub>1</sub> та F<sub>2</sub>), достатньо виражені підвищення інтенсивності у зонах F<sub>в</sub> та F<sub>н</sub> визначалися не у всіх. Однак, у осіб даної групи мали місце дещо розширені основи піків формант, зменшення їх інтенсивності, а також спостерігалися додаткові коливання різної інтенсивності та частоти, значною мірою – нерегулярні.

У пацієнтів 2 групи (з голосовими протезами) ми спостерігали основні фонемні форманти, але вони були дещо розтягнутими – меншої амплітуди та з більш широкою основою, нерідко – зміщені від зони референтних значень. При цьому на спектрограмах мали місце значна кількість додаткові нерегулярних та регулярних коливань різної інтенсивності. При якісній оцінці результати аналізу голосового сигналу у цій групі суттєво відрізнялись від типових спектрограм групи 1 і виглядали як суцільно заповнене «поле» частот, що свідчить про високий рівень «шуму». Підсилення у зонах F<sub>в</sub> та F<sub>н</sub> у пацієнтів даної групи виявлене не було. Для пацієнтів цієї групи було характерним швидке «затухання» та нерівномірність фонації та зменшення часу максимальної фонації.

У хворих на рак гортані/гортаноглотки (3 група) ми спостерігали ще більш різко відмінну якісну картину. Підвищення інтенсивності сигналу в області F<sub>1</sub> та F<sub>2</sub> було чітким, але була наявна значна кількість додаткових коливань різної частоти та інтенсивності, що на значних ділянках зливалися у суцільне заповнене поле. Це, зокрема, часом ускладнювало можливість визначення основи піку форманти, але очевидно демонструвало їх значне розширення у даної категорії хворих порівняно з іншими досліджуваними. Зауважимо, що у деяких хворих цієї групи ми стикалися з певними труднощами при визначенні центрального піку форманти,

оскільки в очікуваній зоні на верхівці хвилі визначалося кілька піків приблизно однакової висоти, або вищої за «формантну», або ж спостерігався «роздвоєний» пік та ін.. Також ми спостерігали зміщення частоти на рівні найвищого піку форманти відносно контрольного значення, у деяких хворих – виражене. Звертає також на себе увагу ще більш виражене, ніж у 2 групі, швидке «затухання» та нерівномірність фонації. Підвищення інтенсивності обертонів у зонах частот, що відповідають високій та низькій співочій формантам у пацієнтів даної групи не спостерігалось. Були наявні ознаки великого рівня «шуму». Це підтверджує суб'єктивне враження про те, що голос у даної категорії хворих був не достатньо дзвінким, насиченим і звучав дещо приглушено і тьмяно з вираженою захриплістю.

Отже, при захворюваннях голосового апарата (як функціональних, так і органічних) при фонуванні фонем «а», «і», «е», як правило, спостерігається тенденція до зниження інтенсивності формант F<sub>1</sub> та F<sub>2</sub> та зменшення їх «щільності» (має місце розширення основи піків), а у осіб з вираженими органічними захворюваннями голосового апарата ще і зміщення найбільш вираженої частоти піку фонемних формант від контрольних значень у зону більш високих або більш низьких частот. За даними проведеного нами спектрального аналізу голосового сигналу найбільш виражені порушення серед досліджуваних груп пацієнтів з функціональними та органічними порушеннями голосу виявлені у осіб зі зловиясними утвореннями гортані / гортаноглотки.

Серед обстежених нами груп пацієнтів з онкологічною патологією гортані об'єктивно не гірша, а за деякими показниками - краща голосова функція спостерігалася у групі прооперованих осіб з застосуванням голосових протезів порівняно з хворими на рак гортані/гортаноглотки до хірургічного втручання

Проведені дослідження показали, що показники спектрального аналізу голосового сигналу (інтенсивність, щільність та зсув частоти) фонемних формант F<sub>1</sub> та F<sub>2</sub> можуть слугувати об'єктивними критеріями для оцінки впізнаваності мови, ступеня порушення голосової функції у осіб з вираженими розладами голосоутворення, бути використані в динаміці проведення лікувальних заходів у пацієнтів після хірургічного лікування раку гортані/гортаноглотки з метою об'єктивного визначення ефективності різних методів голосової реабілітації таких осіб, а також одним з маркерів визначення якості їх життя

### **ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ РІЗНИХ ВІДДІЛІВ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ГІПОТОНУСНОЮ ДИСФОНІЄЮ**

Безсумнівний взаємозв'язок між голосовою та слуховою системами викликає неабияку зацікавленість дослідників (И.А. Вартанян, 1988; S.E. Hamrouges et al, 1997). А.И. Максимов (1987) зазначає, що збереженість нормальної слухової функції є особливо важливою та абсолютною умовою ефективності умовно-рефлекторних механізмів повноцінної диференційованої фонації. На думку багатьох дослідників (А.И. Лопотко, 1977, Б.С. Мороз, 1977; Borg, 1976 та ін.) зміни в порогових, часових та амплітудних характеристиках АРВМ можуть відображати процеси порушення адаптаційно-компенсаційних механізмів в слуховому аналізаторі на рівні дуги акустичного рефлексу.

Метою даного дослідження було охарактеризувати стан периферичного, за даними аудіометрії в звичайному і розширеному діапазонах частот, та стовбуромозкового, за даними імпедансометрії, відділів слухового аналізатора у пацієнтів з хронічною функціональною гіпотонусною дисфонією.

Встановлено, що із 155 досліджених хворих на ХФГД у 48 осіб (30,96%) слух на тони в звичайному і розширеному діапазонах частот знаходився в межах норми, у 59 пацієнтів (38,06%) нами виявлені порушення звукосприйняття в розширеному діапазоні частот при збереженні нормального слуху в конвенціональному діапазоні, 48 осіб (30,96%) мали підвищення порогів слухової

чутливості як в звичайному, так і в розширеному діапазонах частот. У цих пацієнтів нами було виявлено підвищення порогів слуху на тони в області 4000-8000 Гц, яке в середньому становило  $(18,46 \pm 1,79)$ ,  $(24,19 \pm 2,97)$  та  $(28,05 \pm 3,13)$  дБ відповідно на кожній з частот вказаного діапазону.

При аналізі амплітудних характеристик АРВМ у хворих на ХФПГ нами було виявлено, що серед 155 хворих у 20 осіб (12,90%) амплітуда АРВМ при іпси- та контралатеральній стимуляції достовірно не відрізнялась від даних контрольної групи і дорівнювала  $0,21 \pm 0,006$  та  $0,22 \pm 0,004$  см<sup>3</sup>, відповідно, у 83 пацієнтів (53,54%) вона була помірно зниженою порівняно із контрольними значеннями –  $0,14 \pm 0,009$  та  $0,15 \pm 0,009$  см<sup>3</sup> при іпси- та контралатеральній стимуляції відповідно, а у 52 пацієнтів (33,55%) спостерігалось значне зниження амплітуди АРВМ –  $0,07 \pm 0,006$  та  $0,08 \pm 0,005$  см<sup>3</sup> при іпси- та контралатеральній стимуляції, відповідно.

Таким чином, проведене дослідження показало, що при функціональних порушеннях голосоутворення, а саме при функціональній гіпотонусній дисфонії відбуваються порушення в різних відділах слухового аналізатора, що вказує на необхідність детальнішого обстеження фоніатричних хворих з метою виявлення у них можливої патології з боку слухової системи і своєчасного застосування необхідних лікувально-профілактичних заходів.

© Т.А. Шидловська, К.Ю. Куреньова, Ю.М. Козак-Волошаненко, О.О. Коровай, 2016

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.В. ШИДЛОВСЬКА, М.С. КОЗАК, К.В. ОВСЯНИК,  
О.П. ЯВОРОВСЬКИЙ, Р.П. БРУХНО, М.А. БОЙЧУК (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ПОКАЗНИКИ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ У РОБІТНИКІВ ВУГІЛЬНОЇ ТА ХАРЧОВОЇ ГАЛУЗІ**

Відомо, що професійна приглухуватість посідає провідне місце в структурі професійної патології. Так, в Україні СНП займає в різні роки 4-5 місце. Особливої гостроти проблема набуває у виробництвах, де рівень шуму перевищує нормативні значення за інтенсивністю та тривалістю його впливу. Такі умови викликають не лише порушення слуху, а й системні розлади, зокрема, захворювання серцево-судинної системи.

Виробництво безалкогольних та слабоалкогольних напоїв є однією з найбільших за об-

сягом галузей харчової промисловості України, де внаслідок нарощення потужностей і автоматизації процесів виробничий шум стає провідним шкідливим фактором. Проведені нами фізіолого-гігієнічні дослідження умов праці в цехах розливу безалкогольних та слабоалкогольних напоїв ПАТ «Оболонь» показали, що оператори розливу напоїв зазнають комплексного негативного впливу виробничого шуму та мікроклімату, їх робота характеризується високим ступенем важкості та напруженості. У вугільній промис-

ловості найбільш вразливою категорією працівників, які зазнають дії шуму, є гірники очисних вибоїв, забійники і прохідники.

Відомо, що серед причин, які викликають сенсоневральну приглухуватість (СНП), велику роль відіграють судинні. Проведені нами попередні дослідження церебральної гемодинаміки у робітників «шумових» професій показали, що у більшості з них спостерігалися порушення церебральної гемодинаміки у вигляді підвищення судинного тону та утруднення венозного відтоку, нерідко з явищами спазму мозкових судин.

Метою даної роботи було дослідження та порівняльний аналіз кількісних показників реоенцефалографії у робітників шумових професій (вугільна та харчова промисловість).

Для досягнення цієї мети була проведена реоенцефалографія у 80 робітників вугільної промисловості та 37 харчової. Першу групу склали гірники-прохідники – 28 чоловік, другу – гірники-забійники – 27 чоловік, третю – ГРОВ (гірничі робітники очистки вибою) – 25 чоловік. До четвертої групи увійшли працівники харчової промисловості (в основному оператори з розливу безалкогольних та слабоалкогольних напоїв ПАТ «Оболонь») – 37 чоловік. Контрольну групу склали 15 здорових нормальночуючих робітників, які не мали скарг на порушення слуху, скарг загального характеру, контакту з виробничим шумом та при об'єктивних дослідженнях яких не було виявлено порушень стану слухового аналізатора. Всього обстежено 132 особи.

Для дослідження мозкового кровообігу ми застосовували реоенцефалографію у фронтотомастоїдальному і окципітомастоїдальному відведеннях, які відображають стан мозкового кровообігу, відповідно, в каротидному та вертебрально-базиллярному басейнах. Обстеження проводили за допомогою комп'ютерного реографа фірми "DX – системи" (Україна).

Професійна сенсоневральна приглухуватість (ПСНП) за даними суб'єктивної аудіометрії у обстежених робітників проявлялась підвищенням порогів слуху (зниженням слухової чутливості) в області високих частот конвенціонального діапазону (від 2 до 8 кГц), але більшою мірою – на (4, 6 і 8 кГц), а також всього діапазону області високих частот (9-16 кГц). При цьому найбільш виражені порушення слухової функції були виявлені нами у шахтарів-прохідників, а найменш виражені – у операторів з розливу напоїв.

Дослідження стану церебральної гемодинаміки у робітників вугільної та харчової промисловості вказують на достовірні зміни у всіх них показників РЕГ. Так, виявлене достовірне

( $P < 0,01$ ) збільшення показників ДКІ, ДСІ та зменшення Рі, які характеризують відповідно стан тону мозкових судин і венозного відтоку та інтенсивність пульсового кровонаповнення як в каротидному, так і, особливо, в вертебрально-базиллярному басейнах у досліджуваних робітників.

Зіставлення між собою кількісних показників РЕГ, отриманих у робітників вугільної і харчової промисловості (операторів розливу напоїв), показало, що найбільш виражені достовірні зміни у показниках як в каротидному, так і, особливо, в вертебрально-базиллярному басейнах, виявлені у шахтарів-прохідників (1 група). У них мали місце більш виражене підвищення тону мозкових судин та утруднення венозного відтоку. Дещо менше, але теж достовірне збільшення реєструється у забійників (2 група), робітників ГРОВ (3 група) та операторів з розливу напоїв (4 група).

У операторів з розливу напоїв, при порівнянні з контрольною групою реєструвалися достовірні ( $P < 0,01$ ) збільшення  $\alpha$ , ДКІ та Рі, які відповідно характеризують стан тону судин мозку і ступінь інтенсивності кровонаповнення як в каротидному, так і в вертебрально-базиллярному басейнах, але вони були менш вираженими, ніж у шахтарів. Так,  $\alpha$  у пацієнтів 4 групи склала  $0,112 \pm 0,002$  с і  $0,116 \pm 0,003$  с, ДКІ –  $53,97 \pm 0,77$  % і  $56,02 \pm 0,94$  % в каротидному і вертебрально-базиллярному басейнах відповідно, а Рі у вертебрально-базиллярному басейні дорівнював  $0,75 \pm 0,04$ .

Отримані достовірні відмінності при порівняльному аналізі між показниками всіх трьох груп працівників вугільної промисловості порівняно з групою робітників харчової промисловості (операторів розливу напоїв), очевидно, можна пояснити особливостями гігієнічних умов праці на їх робочих місцях, в першу чергу, характером виробничого шуму.

Зауважимо, що рівень шуму в групах 1, 2, 3 і 4 відповідно становив:  $93,6 \pm 4,9$  дБ;  $92,9 \pm 5,5$  дБ;  $86,5 \pm 6,04$  дБ і  $85,00 \pm 1,51$  дБ. Отже, умови праці прохідників характеризуються найвищим рівнем виробничого шуму (у порівнянні з іншими групами), чим, очевидно, можна пояснити найбільш виражені зміни у них як з боку слухової системи, так і мозкового кровообігу. Також у робітників даної групи спостерігалися найбільш несприятливі супутні виробничі чинники: рівні вібрації, мікроклімату, фізичного навантаження, пилу, вимушена робоча поза та інші.

#### **Висновки.**

Встановлено, що працівники вугільної та харчової промисловості зазнають комплексного впливу ряду шкідливих та небезпечних вироб-

ничих факторів. Провідним шкідливим фактором виробничого середовища є шум. Умови праці зазначених категорій працівників можуть стати причиною як порушення слуху, так і системних розладів, зокрема, захворювань серцево-судинної системи.

За даними РЕГ встановлено достовірне ( $P < 0,01$ ), порівняно з контролем, збільшення показників ДКІ, ДСІ та зменшення РІ, які характеризують відповідно стан тонуусу мозкових судин і

венозного відтоку та інтенсивність пульсового кровонаповнення як в каротидному, так і, особливо, в вертебрально-базиллярному басейнах у робітників вугільної та харчової промисловості.

Виявлені зміни у стані церебральної гемодинаміки можуть бути використані при лікуванні осіб з професійною патологією слуху, для оцінки ефективності лікування, для профвідбору та профорієнтації робітників «шумових» професій вугільної та харчової промисловості.

© Т.А. Шидловська, Т.В. Шидловська, М.С. Козак, К.В. Овсяник, О.П. Яворовський, Р.П. Брухно, М.А. Бойчук, 2016

*Я.В. ШКОРБОТУН (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ КІСТАХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ ПЛАНУЄТЬСЯ ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ**

З розвитком та поширенням сучасних імплантативних технологій відновлення зубного ряду все частіше перед лікарями-отоларингологами постає питання визначення тактики лікування пацієнтів з патологією навколоносових синусів, яким запланована дентальна імплантація. Значна частка таких пацієнтів звертається із наявністю симптомних або безсимптомних кіст верхньощелепного синуса. Ця патологія досить поширена в популяції і зустрічається майже у 10% пацієнтів (John R. Naaga et al., 2016).

Сучасний підхід до лікування вказаної патології полягає у динамічному клінічному спостереженні при безсимптомному перебігу захворювання, і проведенні хірургічного втручання при наявності клінічно значимих кістозних утворень. Наявність скарг при кістах верхньощелепного синуса залежить від їх розмірів та локалізації. До них відносяться, за даними А.С. Лопатіна і співавт. (2000), кісти, що мають розмір понад 20 мм в діаметрі та локалізацію, при якій потенційно може блокуватись прохідність остіо-меатального комплексу (ОМК).

У пацієнтів, яким планується дентальна імплантація і особливо синусліфтинг, слід враховувати також додаткові фактори, які можуть викликати або сприяти розвитку післяопераційних ускладнень навіть при клінічно незначимих кістах. До таких відносяться розриви мукоперіосту при синусліфтингу, блок співустья синуса внаслідок зміщення кісти небряккою слизовою оболонкою при розвитку постімплантативного синуситу або реактивного запалення слизової оболонки синуса після синусліфтинга.

В хірургічному центрі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС нами розроблено та запроваджено диферен-

ційований підхід до ведення пацієнтів з кістами верхньощелепного синуса перед дентальною імплантацією та синусліфтингом. Всім пацієнтам виконується конусно-променева комп'ютерна томографія навколоносових синусів та ендориноскопічне дослідження. Лікувальна тактика при виявленні кіст у пацієнтів, яким планується виконання дентальної імплантації, практично не відрізняється від загальноприйнятої: при наявності показів – виконується ендоскопічне втручання, яке полягає у видаленні кісти та, при необхідності, ендоскопічної хірургічної корекції структур носової порожнини з пластикою ОМК для забезпечення адекватного дренажу синуса. Виконання дентальної імплантації рекомендується не раніше ніж через 3 міс після проведеного втручання.

У осіб, яким планується синусліфтинг, покази до хірургічного лікування розширюються за рахунок випадків, коли кісти розміщені поруч з ділянкою планованої аугментації кістки (на відстані не більше 10 мм від її краю). Слід зважити на те, що навіть невелика кіста в синусі може бути зміщена за рахунок субантральної аугментації кістки та реактивного післяопераційного мукоперіоститу і спричинити блок співустья верхньощелепного синуса.

У випадках анатомічної вузькості ОМК (Concha bullosa, пневматизації гачковидного відростка, латеропозиції середньої носової раковини, наявності клітин Галлера, та ін.) при будь-якій локалізації кісти рекомендується первинне виконання ФЕРХС втручання з корекцією анатомічних відхилень та видаленням кісти, особливо при наявності в анамнезі синуситів. Проведення синусліфтинга рекомендується не раніше ніж через 3-6 міс після ендоскопічного втручання на синусі.

Нами проведено аналіз обстеження 164 пацієнтів, які були консультовані у отоларингологічному відділенні ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС перед дентальною імплантацією. Всі пацієнти були направлені лікарем-стоматологом після виявлення патології навколоносових синусів за даними конусно-променевої томографії. Кісти верхньощелепних синусів установлено у 69 пацієнтів із проконсультованих. Із них у 47 осіб планувалось виконання синусліфтинга, а у 22 – дентальної імплантації. Клінічно значимі кісти виявлено у 14 (20,3%) осіб. Крім того, кісти, що розміщувались в ділянці, що прилягає до планованої зони синусліфтинга, виявлено у 25 пацієнтів (36,2%). У решти 30 осіб кісти локалізувались поза зоною планованого синусліфтинга, вони не перевищували в діаметрі 1,5 см і не впливали на здатність синуса для дренажування. У 4 із цих пацієнтів було виявлено звуження ОМК комплексу за рахунок бульозної носової раковини, у 2-х – наявності клітин Галлера. Згідно запропонованого нами підходу до передімплантаційної підготовки пацієнтів функціональне ендоскопічне втручання було запропоновано 45 (65,2%) хворим у яких виявлялись кісти верхньощелепного синуса.

© Я.В. Шкорботун, 2016

Об'єм втручання – ендоскопічна синусотомія (видалення, видалення кісти), при потребі – конхопластика середньої носової раковини, радіохвильова підслизова вазотомія нижніх носових раковин, септопластика. Прооперовано 41 пацієнт з кістами верхньощелепного синуса. Всі хірургічні втручання пройшли без ускладнень. Післяопераційне обстеження (ендоскопія, комп'ютерна томографія) підтвердили ефективність втручання, що дозволило успішно виконати дентальну імплантацію у 21 пацієнта та синусліфтинг у 44 (з наступною імплантацією – у 36). 4 пацієнтів утримуються від виконання ФЕРХС втручання та імплантації.

**Висновок:** При визначенні тактики лікування пацієнтів з кістами верхньощелепного синуса, яким планується дентальна імплантація, слід враховувати розміри кісти і оцінити можливість розвитку блоку остіо-меатального комплексу за рахунок зміщення кіст при реактивному післяімплантаційному мукоперіоститі.

Додатковими показами до хірургічного лікування кіст верхньощелепного синуса у пацієнтів перед дентальною імплантацією слід вважати локалізацію кісти в межах ділянки планованого синусліфтингу або до 10 мм від її межі.

*В.О. ШКОРБОТУН, А.В. КОПЧАК, С.О. ЛАКИЗА, Г.Ю. ЩЕРБИНІНА, І.В. ГУРМАК  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИЙ ПОЕДНАНІЙ ТРАВМІ ВУХА ТА НИЖНЬО-ЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА**

Проблема лікування вогнепальних поранень ЛОР-органів в останній час набуває все більшої актуальності. Це зумовлено зростанням частоти виникнення як воєнної, так і цивільної травм і не лише в нашій країні. Лікувальна тактика при вогнепальних пораненнях передбачає якомога раннє проведення первинної хірургічної обробки рани та видалення сторонніх тіл (куля, осколки, дріб і т.п.). (В.Р. Деменков, 1998).

Визначальними в обстеженні подібних пацієнтів є оглядова рентгенографія травмованої ділянки, ультразвукове дослідження, але найбільш вичерпним в плані виявлення і визначення локалізації стороннього тіла є спіральна чи конусна комп'ютерна томографія. Мультипланарне зображення з комп'ютерною реконструкцією дозволяє виявити стороннє тіло, визначити його розташування відносно життєво-важливих органів та навколишніх структур і в

ряді випадків прослідкувати раневий канал. На основі цих даних оцінюється ризик видалення стороннього тіла і приймається рішення про обрання хірургічного доступу до нього. Оптимальним є видалення сторонніх тіл по ходу каналу від вхідного отвору, але оцінюються також альтернативні доступи, хоч вони інколи потребують залучення суміжних спеціалістів. У всіх випадках при плануванні операції з видалення вогнепального стороннього тіла необхідно обов'язково врахувати потенційну небезпечність хірургічного втручання, зважаючи на можливе розміщення поряд життєво важливих органів та структур (В.Р. Деменков, 1998).

Під нашим спостереженням знаходився хворий С. 1962 р.н., який поступив у приймальне відділення Київської обласної клінічної лікарні (КОКЛ) в плановому порядку зі скаргами на порушення рухомості нижньої щелепи (періо-



дично блок), біль в правому нижньощелепному суглобі при жуванні, погіршення слуху, періодично виділення з вуха. З анамнезу відомо, що 01.11.2015 р. отримав вогнепальну травму голови з мисливської дробової рушниці (необережне поводження зі зброєю на полюванні). В день отримання травми за місцем проживання був оглянутий загальним хірургом, стоматологом та отоларингологом. Із представленої виписки з амбулаторної картки, при огляді навколовушна та підщелепна ділянки були без візуальних змін. Припухлості пошкоджень не спостерігалось. Відмічалась болючість в глибині вуха, обмеження рухомості нижньощелепного суглобу та болючість при його пальпації. При огляді отоларингологом виявлено кров'янисті виділення із зовнішнього слухового ходу та його обтурація на рівні переходу хрящового відділу в кістковий кров'яним згортком. За даними рентгенографії виявлено стороннє тіло в проекції нижньощелепного суглобу та порушення цілості передньої кісткової стінки зовнішнього слухового ходу. Інші кісткові структури не змінені. Хворому проведена асептична обробка зовнішнього вуха, призначена антибіотикотерапія і для подальшого лікування направлено в Київську обласну клінічну лікарню.

В КОКЛІ хворий консультований загальним хірургом, отоларингологом, щелепно-лицевим та нейрохірургом. Проведено загальноклінічне обстеження та конусна комп'ютерна томографія (ККТ) скроневої кістки і нижньощелепного суглоба. На ККТ виявлено осколковий перелом передньої кісткової стінки правого зовнішнього слухового ходу, травма правого нижньощелепного суглоба з рентгенконтрастним стороннім тілом (d – 5-6мм). Стороннє тіло знаходиться на відстані 2,5 см як від передньої

стінки слухового ходу, так і від зовнішньої поверхні ший.

На консилиумі з щелепно-лицевим хірургом було вирішено провести видалення стороннього тіла через заушний розріз шляхом меотомії з виходом на передню кісткову стінку (вхідний отвір) та з подальшим зондуванням раневого каналу і видаленням через нього стороннього тіла. Такий підхід по-перше дозволяє провести адекватну хірургічну обробку рани зовнішнього слухового ходу з боку вхідного отвору і по-друге – забезпечує доступ до нижньощелепного суглобу без допоміжного розтину суглобової сумки. У випадку виникнення складнощів з виявленням та усуненням стороннього тіла зазначеним підходом під час втручання, заплановано перейти на зовнішній доступ із залученням до втручання щелепно-лицевого хірурга.

Операція здійснена без особливих складнощів в запланованому об'ємі, при цьому були видалені осколки скроневої кістки передньої стінки зовнішнього слухового ходу, дещо розширений раневий канал і на глибині 2,5см щипцями було захоплено і усунуто стороннє тіло (свинцевий дріб d-5мм). Рана дренована резиновою стрічкою, а в зовнішній слуховий хід введені марлеві турунди з антисептиком. Заушна рана зашита. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. При огляді через 3 і 6 міс. скарг хворий не пред'являв.

Висновок. Кожен випадок комбінованої чи поєднаної вогнепальної травми суміжних органів потребує консильярного аналізу підходів суміжних спеціалістів з відпрацюванням оптимального хірургічного доступу з метою використання хірургічного підходу на основі збереження принципів малоінвазивності та мінімізації ризиків.

© В.О. Шкорботун, А.В. Копчак, С.О. Лакиза, Г.Ю. Щербиніна, І.В. Гурмак, 2016

*В.О. ШКОРБОТУН, Т.Г. КУНАХ, Т.С. СЛОБОДЯН, А.О. ГАПОНЮК, М. МАТЕЙКО  
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ В ХІРУРГІЇ ОСНОВНОЇ ПАЗУХИ**

Застосування ендоскопічної техніки та навігаційних систем в ринохірургії, кардинально змінило можливості хірургічного лікування патології основної пазухи. Тривалий час, із-за відсутності достатньої візуалізації, операція сфенотомія вважалась однією із складних і досить ризикованих. Впровадження в практику сучасних оптичних сис-

тем суттєво полегшило її виконання, а з використанням навігації, втручання на сфеноїдальному синусі стало безпечним і прогнозованим.

На сьогодні запропоновано багато різноманітних ендоскопічних доступів до основної пазухи. В той же час цілі та завдання, які постають перед ринологом в конкретних випадках,

потребують різних підходів в залежності від запланованого об'єму та радикальності втручання в пазусі чи на прилеглих структурах. Вибір доступу також залежить від анатомічних варіантів будови основної пазухи, локалізації, характеру та поширеності патологічного процесу. Обираючи доступ хірург також має передбачити формування адекватного дренажу пазухи в післяопераційному періоді, а також можливу необхідність закриття дефектів основи черепа при нейрохірургічних втручаннях.

Згідно сучасних принципів функціональної ендоскопічної риносинусохірургії для розкриття основної пазухи найчастіше застосовується ідентифікація та розширення вниз її природного сполучення. Така хірургічна тактика застосовується при хронічних сфеноїдитах, а також при гострих гнійних процесах у разі неефективності консервативного лікування. За потреби більш широкого розкриття пазухи, з метою збереження задніх перегородкових гілок а. sphenopalatina (які є основою для формування назосептальних клаптів в хірургії основи черепа), після ідентифікації природного отвору, донизу від нього, відшаровуємо і мобілізуємо мукоперіост в проекції основної пазухи з переходом на перегородку носа.

У випадку поєднаної поліпозної патології основної пазухи та задніх клітин решіткового лабіринту, а також при деяких пухлинних і грибкових процесах зазначеної локалізації, доцільно застосовувати трансетмоїдальний підхід. Такий доступ повинен бути достатньо широким та об'єднуватись із природним сполученням.

Трансептальний доступ застосовується рідко і показаний лише при ізольованому ураженні передньонижніх відділів основної пазухи, як доступ вибору. При цьому необхідність розширення природного сполучення для забезпечення дренажу хірург визначає під час операції.

В хірургії турецького сідла та прилеглих структур застосовується широкий доступ, що включає видалення задніх відділів перегородки носа, об'єднання природних отворів основних пазух та видалення міжпазушної перегородки. Такий доступ дозволяє оперувати з асистентом, а також використовувати ендоназальні бори. Цей доступ також є варіантом вибору при алергічних грибкових сфеноїдитах та в випадках рецидивуючих сфеноїдальних синуситів. Крім того, цей доступ забезпечує додаткові можливості у випадку хірургічної патології в глибоких кишнях латеральної стінки основної пазухи для введення вигнутих інструментів через протилежну половину порожнини носа.

Керуючись диференційованим підходом у виборі доступу до основної пазухи, в Центрі патології ЛОР органів Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами з 2010 проведено 210 сфенотомій, з них 38 – окремі операції, інші виконувались як частина ендоскопічної полісинусотомії. Пацієнти оперовані з приводу наступної патології: поліпозний риносинусит (в тому числі, рецидив) – 127, хронічний сфеноїдит – 38, кіста основної пазухи – 13, гострий гнійний сфеноїдит при неефективності консервативного лікування або при ускладненнях – 18. Крім того, разом з нейрохірургами було виконано 14 сфенотомій, як трансназальний транссфеноїдальний доступ до ділянки турецького сідла. Навігаційний контроль використаний в 119 випадках.

Всі операції виконані в запланованому об'ємі, досягнуто цілі втручання.

Диференційований підхід до вибору ендоскопічного доступу в хірургії основної пазухи, дозволяє покращити ефективність операцій шляхом досягнення запланованого об'єму втручання та уникнення ускладнень.

© В.О. Шкорботун, Т.Г. Кунах, Т.С. Слободян, А.О. Гапонюк, М. Матейко, 2016

*В.О. ШКОРБОТУН, К.В. ЛЯХ, Я.В. ШКОРБОТУН (КИЇВ, УКРАЇНА)*

## **ОСОБЛИВОСТІ АДЕНОТОМІЇ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ УРАНОПЛАСТИКУ**

Аденотомія – найбільш часте хірургічне втручання у дитячому віці. Одним із її ускладнень є перманентна велофарингеальна недостатність, яка спостерігається за даними різних авторів від 0,003 до 0,01% прооперованих (Saunders et al., 2003; Witzel et al., 1986). Разом з тим, вірогідність виникнення велофарингеальної недостатності після аденотомії у дітей, що перенесли уранопластику з приводу вродженого не-

зрошення м'якого та твердого піднебіння, значно вища. Такі пацієнти часто хворіють аденоїдитом, мають гіпертрофію глоткового мигдалика і в них закономірно частіше виникає питання про аденотомію. Збільшені аденоїдні вегетації у такому випадку аугментують задню стінку носоглотки і дозволяють забезпечити роз'єднання порожнин носо- та ротоглотки, видалення ж аденоїдної тканини може викликати чи посилю-

вати піднебінно-глоткову недостатність, яка і так спостерігається у частини пацієнтів даної групи. Причиною вказаного ускладнення при аденотомії є зміщення точки піднебінно-глоткової оклюзії до переду за рахунок видалення аденоїдної тканини і як наслідок – недостатність велофарингіального контакту.

За період з 2008 по 2016 роки у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС було обстежено 23 дитини з діагнозом аденоїдні вегетації II-III ст., які в анамнезі перенесли уранопластику. Вік пацієнтів від 4 до 6 років.

Із 23 обстежених, у 8 дітей – основною скаргою були часті захворювання вух. У 4 з них за даними анамнезу встановлено рецидивуючий перебіг запалення середнього вуха, у 1 – діагностовано секреторний отит, а у 3 пацієнтів спостерігалась в анамнезі тимчасова дисфункція слухової труби, що підтверджено тимпанограмами в динаміці.

При ендориноскопичному обстеженні у всіх дітей із рецидивуючим та секреторним отитом виявлено, що лімфоїдна тканина в ділянці трубних мигдаликів розвинута надмірно і практично закриває глоткові вічка слухових труб. Глотковий мигдалик гіперплазований по всій довжині, розпочинаючи із склепіння носоглотки до валика Пассавана. З врахуванням відсутності ефекту від неодноразово проведеного консервативного лікування цих пацієнтів, їм була проведена під ендоскопічним контролем шейверна часткова аденотомія. Зважаючи на те, що роз'єднання порожнини носа та ротоглотки в значній мірі відбувається на рівні нижнього та

частково середнього відділів аденоїдних вегетацій, ми цю ділянку під час операції оминали і залишали інтактною. При цьому лімфоїдна тканина глоткового мигдалика видалялась із склепінні носоглотки та в перитубарних ділянках з нижньою межею аденотомії на 10 мм вище точки піднебінно-глоткової оклюзії. Під час операції періодично здійснювався візуальний контроль контакту м'якого піднебіння з тканинами, що залишались на задній стінці носоглотки. Для забезпечення гемостазу використовували біполярну радіохвильову коагуляцію судин під контролем ендоскопа.

Оперативні втручання пройшли без ускладнень і всі пацієнти були виписані в день операції. Період післяопераційного спостереження – від 3 міс. до 4 років. В результаті проведеної часткової ендоскопічної шейверної аденотомії у всіх 5 прооперованих дітей отримано позитивний результат. За період спостереження лише у 2 з них відмічено по одному епізоду гострого запалення середнього вуха та у 1 – зберігаються періодичні епізоди тубарної дисфункції (тимпанограма тип «С») на фоні ГРЗ. Наростання явищ велофарингеальної недостатності в результаті проведеного втручання не спостерігалось.

Висновки: у дітей, що перенесли уранопластику при наявності аденоїдних вегетацій, які супроводжуються повторними гострими та секреторними отитами, в разі неефективності медикаментозного лікування показана часткова аденотомія (перитубарні та перихоанальні відділи) зі збереженням лімфоїдної тканини на рівні піднебінно-глоткової оклюзії.

© В.О. Шкорботун, К.В. Лях, Я.В. Шкорботун, 2016

*В.О. ШКОРБОТУН, Я.В. ШКОРБОТУН, В.В. КРИВША, О.О. ПЕЛЕШЕНКО, С.О. ЛАКИЗА,  
С.С. САМОЙЛЕНКО, І.І. ГОРИШНІЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

### **КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ОТОЛАРИНГОЛОГІВ**

Вивчення питань нормальної та топографічної анатомії ЛОР-органів, як і загальної анатомії людини, зазвичай відбувається в секційній на кадаверних препаратах та за ілюстративним матеріалом з підручників. Разом з тим, доступ до анатомічного театру на даний час є обмеженим і досить складним, що стимулює розробку і використання в навчальному процесі альтернативних шляхів представлення анатомічного матеріалу. Тому, у медичних навчальних закладах все шир-

ше застосовуються технології комп'ютерної побудови віртуальних об'єктів з мультимедійним презентуванням, створюються спеціальні навчальні програми з використанням імітаторів, симуляторів та ін.. Як певну альтернативу дисекції розглядається вивчення анатомії ЛОР-органів за реконструйованим комп'ютерним зображенням на основі мультипланарного сканування.

Зручним і високоінформативним в цьому плані є метод конусно-променевої 3D-

комп'ютерної томографії (КПКТ), що дозволяє за рахунок інтеграції щільності отримати зображення кісткових та м'якотканинних структур з можливістю реконструкції об'єкта. Методика КПКТ дослідження носа та приносових пазух впроваджено в лікувальний процес у всіх клініках кафедри оториноларингології НМАПО ім. П.Л. Шупика з 2010 року.

Для візуалізації даних нами використовується програмне забезпечення EZ3D2009, яке створює умови для перегляду одночасно зрізів через окремо взятую точку зони сканування у трьох взаємо-перпендикулярних площинах. Крім того, програма дозволяє виконати візуальну реконструкцію будь-якої ділянки сканування і вивести зображення на великий аудиторний екран не виходячи з програми.

Для навчального процесу нами на кафедрі створена база конусно-променевих томограм порожнини носа та навколоносових синусів пацієнтів, яка дозволяє на заняттях продемонструвати їх, детально розглянути і звернути увагу на ключові питання клінічної та топографічної рентгеноанатомії тієї чи іншої ділянки.

Програма досить проста в керуванні, тому для перегляду томограм – EZ3D2009 у курсантів є можливість власноруч переглянути результати сканування в трьохвимірному просторі і зупинитись на ключових утвореннях порожнини носу (носові раковини, bulla etmoidales, processus

uncinatus, ager nasi, вивідні отвори навколоносових синусів, нососльозний канал, канал зорового нерва, ситоподібна пластинка та ін.). Слухачі мають можливість детально розглянути їх на різних рівнях і в різних площинах..

Важливою перевагою застосування в навчальному процесі вказаного програмного забезпечення КПКТ є те, що при створеній базі даних патології носа та приносових синусів, окрім вивчення нормальної та топографічної анатомії, вивчаються також питання рентгенеміотики різних захворювань. Зокрема до бази включені томограми осіб із викривленням перегородки носа, з бульозними середніми носовими раковинами, аденоїдними вегетаціями, клітинами Галлера, Оноді, різні варіанти будови фронтально-етmoidальної ділянки (за класифікацією Куна), варіанти прикріплення гачковидного відростка та ін. Також до бази даних входять томограми з різними формами гострого та хронічного риносинуситу, випадки ізольованої запальної патології окремих синусів, доброякісні та злоякісні пухлини.

Використання в навчальному процесі в якості наочних посібників мультимедійних 3D-реконструкцій КПКТ значно полегшує засвоєння слухачами матеріалу з нормальної та топографічної анатомії носа та приносових синусів, а також сприяє покращенню розуміння семіотики захворювань ЛОР-органів.

© В.О. Шкорботун, Я.В. Шкорботун, В.В. Кривша, О.О. Пелешенко, С.О. Лакиза, С.С. Самойленко, І.І. Горішний, 2016

*О.І. ЯШАН, П.С. ПАВЛЮК (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

### **ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ СЕРЕДНІХ ТА ЗОВНІШНІХ ОТИТІВ МІСЦЕВИМИ КОМПЛЕКСНИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

Доповідь включає в себе огляд та діагностику 20 пацієнтів з гострими середніми та зовнішніми отитами. Кожному пацієнту було проведено аудіометрію, тимпанометрію та бакпосів з вуха з антибіотикограмою під час першого звернення та на 7-й день перебігу захворювання. Також пацієнтам була проведена ендоскопічна отоскопія на 1-й та 7-й день захворювання.

За результатами аудіометрії у пацієнтів діагностовано кондуктивну втрату слуху із погіршенням слуху у розмірі 10дБ.

© О.І. Яшан, П.С. Павлюк, 2016

За результатами тимпанометрії до лікування уражене вухо показувало тимпанограму типу «Б» або AS. Після лікування комплексними місцевими препаратами імпедансометрія змінювалась на тип «А».

За даними бакпосіву з ураженого вуха переважав *Staphylococcus epidermidis* і грибок роду *Candida*.

Отоскопічну картину перебігу захворювань зафіксовано документально на 1-й і 7-й день захворювання.

## ВЕСТИБУЛОМЕТРИЯ У КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА СЕКРЕТОРНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

У даний час секреторний середній отит (ССО) відноситься до частих захворювань середнього вуха у людей різних вікових категорій. Чисельні дослідження показали, що етіологія та патогенез цього захворювання багатогранні до сих пір недостатньо вивчені. Значна кількість невирішених питань є як у плані діагностики, так й в плані показань до методів консервативної терапії та хірургічного лікування.

Основною причиною ССО є дисфункція слухової труби, що призводить до накоплення патологічного вмісту у барабанній порожнині, який підвищує у ній тиск. Внаслідок цього порушується функція звукопровідної система середнього вуха, викликаючи флюктууючу, а потім стійку кондуктивну приглухуватість та відчуття закладання у вухах. Зміна тиску через лабіринтну (внутрішню) стінку барабанної перетинки передається на вікна завитки та присінка, порушуючи функції внутрішнього вуха, спричиняє розвиток сенсороневральної приглухуватості (СНП) та вестибулярної дисфункції (ВД) різного ступеня прояву.

Якщо кондуктивний та сенсороневральний проглухуватості при ССО приділялась та продовжує приділятися увага хворих, дослідників й клініцистів, то вестибулярним розладам до сьогодні ні пацієнти, ні лікарі не надають належного значення. Приділяючи основну увагу слуховим порушенням, вони не пов'язують погіршення загального самопочуття на тлі виникнення вестибулярного дискомфорту при ССО, а пояснюють цей стан у зв'язку із іншими соматичними захворюваннями. Є поодинокі вказівки, зокрема, у монографії А.А.Лайка та співавт. (2006), що у частини хворих на ССО є суб'єктивні скарги на головокружіння та порушення рівноваги. Вони вважають, що вестибулометрію треба включати для повного обстеження функцій органу слуху при цьому захворюванні.

Для лікування секреторних середніх отитів у гострій формі (ГССО) та рецидивуючих форм (РССО) широко застосовують вентиляційні Т-трубки Сільверштейна, які називають шунтами. Ці трубки, зменшуючи чи зрівноважуючи тиск у барабанній порожнині, покращують умови для передачі звуків на структури середнього вуха, на вікна завитки й присінка, що призводить до нормалізації або зменшення кондуктивної приглухуватості, а також зменшенню чи запобіганню проявам СНП та ВД.

Мета досліджень – вивчення показників вестибулометрії у хворих на гострі та рецидивуючі секреторні середні отити для оптимізації діагностики та лікування, а також для комплексної оцінки функціональної ефективності лікування.

Виконано аналіз обстежень слухової та вестибулярної функцій до та після лікувальних

заходів у 104 осіб, із них у 33 хворих на ГССО та у 71 хворого на РССО у віці від 18 до 87 років, які спостерігались у відділі мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». Серед цих хворих у 49 осіб було зафіксовано двобічне захворювання, у решти 55 – однобічне.

Аудиометричне обстеження виконували на аудіометрах «Itegra» (Данія) та на МА-31 (Німеччина). У переважній більшості пацієнтів виявлена змішана приглухуватість (у 81), а кондуктивна – тільки у 23, із них з соціально неадекватним слухом зафіксовано майже одна третина (у 35). Імпедансометрію та оцінку функції слухової труби проводили на аналізаторі середнього вуха фірми «Interacoustics 235 Н» (Данія). У всіх осіб до лікування зафіксована тимпанометрична крива типу В за класифікацією Jerger, що об'єктивно підтверджувала наявність секреторного вмісту у середньому вусі. Для оцінки вмісту у середньому вусі застосовували спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) як при двобічних процесах та, особливо, при однобічних.

Вестибулометричне обстеження виконували за схемою В.Г. Базарова (1988), яка включала реєстрацію статико-кінетичної рівноваги за допомогою кефалографії, пишучого та крокуючого тестів Фукуда, а також спонтанного або позиційного ністагму та експериментальної ністагмової реакції за допомогою електроністагмографії (ЕНГ). Записували фонову ЕНГ та при функціональних навантаженнях, зокрема, при обертовій класичній пробі Барані на комп'ютерному комплексі М-TEST NEURO, НВП «ДХ-системи» (Україна, Харків).

При вестибулометрії у 26 осіб (у 25,0%) тільки при прицільному опитуванні виявлені скарги на вестибулярні розлади. Ці пацієнти відмічали порушення координації рухів, особливо при ходьбі, ослаблення просторової орієнтації та загальний дискомфорт, що супроводжувався нудотою та іншими вегетативними розладами. В окремих хворих (8 осіб із них) були скарги на легке головокружіння, яке проявлялось відчуттям обертання предметів у протилежний бік від хворого вуха при поворотах голови та її нахилах з порушенням рівноваги.

До лікування при вестибулометрії зафіксовано тільки у 3 хворих з РССО вестибулярну функцію у межах норми. У решти 101 особи виявлена явна чи скрита ВД різного характеру, I та II ступеня прояву за периферичним типом зі збереженням законів векторіальності. Із них у 33 хворих з ГССО зареєстрована гіперрефлексія експериментальної ністагмової реакції двобічного (20 осіб) чи однобічного (13 осіб) патологі-

чного процесу від незначних (І ст.) до помірних (ІІ ст.) проявів.

У 56 із 68 осіб на РССО визначена гіпо-рефлексія експериментальної ністагмової реакції, із них у 51 – двобічна симетрична, а у 5 – асиметрична при однобічному захворюванні. У решти 12 пацієнтів – гіперрефлексія, з них симетрична при двобічному захворюванні у 18 осіб та асиметрична – у 4 при однобічному РССО.

Слід відзначити той факт, що ВД у всіх спостережуваних пацієнтів була виявлена саме при функціональних навантаженнях. Так, із 33 хворих ГССО у 9 осіб до лікування, у яких кондуктивна приглухуватість не перевищувала 15-20 дБ при порогах кістково-проведених звуків у межах норми, виявлена незначна гіперрефлексія експериментальної ністагмової реакції з боку хворого вуха. У 11 пацієнтів при збільшенні кістково-повітряного інтервалу до 30-35дБ відмічено збільшення прояву гіперрефлексії. параметрів експериментального ністагму. Виявлена гіперрефлексія експериментального ністагму у сукупності вказувала у цих 20 осіб на скритий прояв ВД. У 13 осіб зі змішаною приглухуватістю від 36 до 75,0 дБ зафіксовано спонтанний ністагм, порушення рівноваги та значна гіперрефлексія з вестибуло-вегетативних рефлексів ІІ ст. Наявність спонтанної симптоматики у цих хворих підтверджувала явний прояв ВД. При аудіометрії у цих 13 пацієнтів відмічено зниження порогів слуху по кістковій провідності у височастотному діапазоні частот (4,0-10,0 кГц) по нисхідній кривій від 17,5 до 35,0 дБ (змішаний тип приглухуватості).

Відмічено, що у 12 осіб із 33 пацієнтів з ГССО при вестибулометрії прояв гіперрефлексії не завжди корелював з величинами зниження порогів звукопровідної та звукосприймальної функцій. У цих осіб в анамнезі була схильність до укачування. Очевидно, при зборі анамнезу треба вияснити, чи не мала місце у хворих вроджена чи набута схильність до укачування при транспортних чи інших перевезеннях. У теперішній час різновиди кінетозів (хвороб руху). неухильно зростають, тому підвищену чутливість ВА слід враховувати при ССО, визначаючи її при функціональних навантаженнях для профілактики ВД та наступного ризику СНП.

При аудіометрії через 1-1,5 міс після шунтування барабанної порожнини у хворих на ГССО відзначено відновлення до норми слухової функції як по повітряній, так по кістковій провідностям. Вестибулометричні обстеження зафіксували зникнення спонтанного ністагму, нормалізацію функції рівноваги, а також достовірне зменшення параметрів експериментального ністагму зі зникненням патологічних вестибуло-вегетативних рефлексів. У віддаленому періоді (через 18-24 міс) відмічена стабільність

клінічних та функціональних результатів після шунтування.

Досліджувані 71 пацієнти з РССО розділені умовно на три групи. Першу групу склали 22 хворих, у котрих не зафіксовано на СКТ ознак порушення вентиляції порожнини середнього вуха. У другу групу увійшли 24 особи, у котрих за даними СКТ скроневи кісток виявлені ознаки блоку адитуса та відсутність вентиляції клітин соскоподібного паростка, що вказувало на довготривале порушення вентиляції середнього вуха. Їм виконували мастоїдотомію та подвійне дренивання соскоподібного паростка, а при наявності мягкотканинного блоку слухової труби у 11 випадках із них – одноетапне бужування. Цим пацієнтам двох груп виконували також шунтування.

У групу порівняння (ІІІ-я) внесені 25 з 71 хворих на РССО, яким на 1-му етапі лікування проводили санацію носоглотки, лікування алергічних захворювань. На 2-му етапі – шунтування як монометод до самостійного виходу шунта з урахуванням відновлення вентиляційної функції за даними отоманометрії.

За встановленими ознаками відновлення вентиляційної функції у терміни від 6 до 14 міс та у динаміці до 24 міс проводили комплексне обстеження функцій органу слуху для оцінки ефективності лікування. У віддаленому періоді у хворих трьох груп відмічено покращення слуху. Зокрема, у І-й та ІІ-й групах зареєстровано зменшення порогів слуху від 23 до 45 дБ, а в ІІІ групі – від 10 до 30 дБ, у тому числі по кістковій провідності.

У хворих трьох груп після лікування відзначено часткова чи повна нормалізація функцій вестибулярного аналізатора (ВА), яка проявлялась у першу чергу зникненням спонтанного ністагму та нормалізації рівноваги при виконанні статико-кінетичних тестів. Ці дані вказують про активний розвиток компенсаторних механізмів при ВД при покращенні вентиляційних умов середнього та внутрішнього вух. Відмічено достовірні зміни параметрів експериментального ністагму, зокрема, середньої та сумарної амплітуди постобертової ністагмової реакції при нормалізації вестибулярної функції.

Отримані результати свідчать, що показники вестибулометрії є об'єктивними діагностичними критеріями, які слід враховувати при оптимальній тактиці лікування. Вони є чутливим та об'єктивним контролем (маркером) відновлення функціональних змін в органі слуху при різновидах ССО: при оцінці якості відновлення вентиляційної функції середнього вуха та функціонування вікон завитки й присінка. Показники вестибулометрії важливі також для визначення прогностичних питань клінічному перебігу захворювання та рішення соціально-експертних та профілактичних задач.

# ЗМІСТ

<i>Абизов Р.А., Божко Н.В., Оніщенко Ю.І.</i> Мінімізація післяопераційного больового синдрому при застосуванні електрозварювання в онкоотоларингології	2
<i>Абизов Р.А., Оніщенко Ю.І.</i> Позитивний вплив на перебіг онкологічного процесу електрозварювальних технологій у хворих на рак гортані серединної локалізації (спостереження у віддалений період)	3
<i>Амонов А.Ш.</i> Некоторые анатомические особенности среднего и внутреннего уха при проведении кохлеарной имплантации у детей	4
<i>Байрак Д.М., Степанова Н.С., Гранкова В.М.</i> «Морские» наружные отиты	4
<i>Безбах Д.І., Мілоченко Т.Г.</i> Хірургічні втручання на гортані у хворих на транссексуалізм, хондроларингопластика та фемінізація голосу	6
<i>Безега М.І.</i> Лікування пацієнтів з гострим отитом, ускладненим мастоїдитом	6
<i>Безшапочный С.Б.</i> Современная концепция антибактериального лечения бактериальных риносинуситов	7
<i>Безшапочный С.Б.</i> Рациональное лечение аллергических ринитов	54
<i>Безшапочный С.Б., Лобурець В.В., Подовжний О.Г.</i> Ураження параназальних синусів грибкової етіології: сучасний підхід до вирішення проблеми	8
<i>Безшапочный С.Б., Лобурець В.В.</i> Способи післяопераційної реабілітації пацієнтів, що перенесли ендоназальну фронтотомію	9
<i>Березнюк В.В., Лыщенко Д.В., Моргачева А.К., Березнюк И.В.</i> Ранняя диагностика и лечение гранулематоза Вегенера с поражением среднего уха и носа	10
<i>Блувштейн Г.М., Філатов В.Ф., Гарюк О.Г., Павлова О.О.</i> Деякі методичні аспекти стапедопластики	12
<i>Богданов К.Г., Тагунова И.К.</i> Ближайшие и отдалённые результаты иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении обострения хронического мезотимпанита	13
<i>Борисенко О.М., Мініна Г.Ю.</i> Порушення слухової функції в залежності від розташування акустичної невриноми	14
<i>Васильєв В.М.</i> До 175 річчя НМУ імені О.О. Богомольця. Спогади про вчителя	14
<i>Винничук П.В., Тимен Г.Э., Руденька Е.Л., Чащева Е.Г., Мудрый А.С.</i> Меатотимпанопластика у больных со стенозами наружных слуховых проходов	15
<i>Внукова М.О., Савчук Л.В., Совєцька А.В., Чекерда В.О.</i> Ефективність застосування лазерної хірургії в лікуванні гіпертрофії та хронічного запалення язикового мигдалика	16
<i>Гавриленко Ю.В., Лайко А.А., Карась А. Ф., Карась Г.А.</i> Дослідження клітин крові дітей, хворих на хронічний тонзиліт на тлі цукрового діабету 1 типу	17
<i>Гавриленко Ю.В., Лайко А.А., Степанова О.В.</i> Клінічні особливості стану ЛОР-органів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу за даними анкетування	18
<i>Гавриленко Ю.В., Лайко А.А., Мітюряєва І.О., Гнилокурченко Г.В.</i> Кореляція показників мікроциркуляції слизової оболонки носа та бульбарної мікроскопії у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу на тлі хронічної патології ЛОР-органів	19
<i>Галай О.О., Бондаренко С.Г., Дуда О.Р., Друзюк О.В., Лудчак В.Ю., Сендега І.М., Слінецький Р.Р., Цьолко Т.Р., Шмідт М.Р.</i> Голосове протезування у хворих після ларингектомії – ускладнення та їх профілактика	19
<i>Гарюк О.Г., Гарюк Г.И., Нечипоренко А.С.</i> Объективное состояние функции носового дыхания у больных с храпом и синдромом обструктивного апноэ сна	20
<i>Гарюк Г.І., Бичкова Н.С.</i> Фармакотерапевтичний захист, чи альтернативна зупинка носової кровотечі у хворих тривало приймаючих дезагреганти	21
<i>Гарюк Г.І., Меркулов О.Ю., Михайленко Н.М., Каніщева І.М., Арнольдї В.М., Лисенко В.В., Тимошенко Ю.В., Світличний О.Є.</i> Деякі сучасні проблеми інвазивної та неінвазивної діагностики патологічних процесів порожнини носа та навколосинусових синусів	22
<i>Гарюк Г.І., Філатова І.В., Арнольдї В.М., Тимошенко Ю.В., Безпечний С.В., Світличний О.Є.</i> Два спостереження парезу зворотнього гортанного нерву різної етіології	23
<i>Герасимюк М.І., Яшан О.І.</i> Рівні інтерлейкіну-4 і інтерферону-гама у комплексній оцінці ефективності та прогнозуванні результатів консервативного лікування хронічного тонзиліту	24
<i>Гірна Г.А., Костишин І.Д., Лукач Е.В., Романчук В.Р.</i> Підвищення ефективності лікування пацієнтів з карциномами ротової порожнини і ротоглотки шляхом імунокорекції	25
<i>Глазунова С.С.</i> Модель психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з КІ у практиці роботи Міського медичного центру проблем слуху та мовлення «СУВАГ»	26

<i>Гринько І.І.</i> Лікування дисфункції слухової труби шляхом її балонної дилатації	26
<i>Губін М.В., Кравченко Ю.Н., Гарюк Г.І., Губін В.М., Чуваков В.Л.</i> Аналіз проблемних питань судово-медичної експертизи живих осіб із травмами органів шиї	28
<i>Гусаков А.Д., Гусакова А.А.</i> Хирургический вариант лечения затянувшихся экссудативных средних отитов	29
<i>Гусаков А.Д., Шевлюк П.П., Красовская Н.Ю.</i> Содержимое барабанной полости новорожденных детей	30
<i>Данилов Л., Манюк М., Абабий П., Дьякова С., Бокан А.</i> Эффективность тимпаноластики у детей	31
<i>Деева Ю.В., Науменко О.М., Васильев В.М.</i> Роль кафедры оториноларингологии в розбудові української науки	31
<i>Дихтярук А.В.</i> Воздействие гипербарической оксигенации, как причина экссудативного отита	32
<i>Діхтярук В.Я., Лукач Е.В., Серезко Ю.О., Стрижак В.В., Діхтярук О.В.</i> Результати лікування злоякісних новоутворень ротової частини глотки	34
<i>Добронравова И.В.</i> Причины возникновения некоторых доброкачественных опухолей гортани	35
<i>Дячук В.В., Дячук В.В.</i> Використання назальних деконгестантів в комплексному лікуванні дітей з хронічним гнійним мезотимпанітом	36
<i>Дячук В.В., Дячук В.В.</i> Профілактика хронічних гнійних середніх отитів у дітей	37
<i>Дячук В.В., Дячук В.В.</i> Захворюваність дітей хронічним гнійним середнім отитом в Закарпатській області	38
<i>Дьякова С., Абабий И., Манюк М., Данилов Л., Абабий П., Челак Л.</i> Модифицированная тимпаностомия у детей с персистирующим и рецидивирующим средним отитом	39
<i>Евчев Ф.Д., Евчева А.Ф., Чернышева И.Э., Евчев Д.Ф.</i> Причины клеточной трансформации в неопластический процесс	40
<i>Євчев Ф.Д., Чернышева І.Е., Євчева А.Ф., Євчев Д.Ф.</i> Вибір раціональної терапії хворих з патогенною бактеріальною флорою слизової оболонки верхніх дихальних шляхів	41
<i>Желтов А.Я., Гусаков А.Д.</i> Всегда ли гипертрофия глоточной миндалины может быть причиной экссудативного среднего отита	42
<i>Журавлев А.С., Аврунин О.Г., Калашник Ю.М., Фильтзов М.</i> 3D-технологии при совершенствовании научно-педагогического процесса в оториноларингологии	43
<i>Журавлев А.С., Аврунин О.Г., Шушляпина Н.О.</i> Тренинговая система при проведении трахеостомии	44
<i>Журавльов А.С., Карчинський О.О.</i> Дистанційна інфрачервона термографія в діагностиці гострих параназальних синуситів	45
<i>Журавлев А.С., Светличная Ю.В., Шушляпина Н.О., Бурлака И.В., Колесниченко В.В.</i> Сравнительная характеристика методов обезболивания при проведении тонзилэктомии	45
<i>Заболотный Д.И., Белоусова А.А., Верева С.В.</i> Структурные особенности назальных полипов: β-структурированные белковые агрегаты и их возможная патологическая роль	46
<i>Заболотний Д.І., Карась А.Ф., Карась Г.А., Кривохатська Л.Д., Яценко Т.А., Ісмагілов Е.Р., Зінченко Д.О., Костюченко О.Л., Чайка С.П., Дубок В.А.</i> Дослідження біоактивності наноструктурованих матеріалів та можливостей їх застосування для імплантації	47
<i>Заболотний Д.І., Крук М.М.</i> Лікувальна гімнастика у корекції тубарної дисфункції	48
<i>Заболотный Д.И., Мельников О.Ф., Вахнина А.П., Тимченко М.Д.</i> Показатели локального иммунитета у детей с обострениями хронического аденоидита при применении пидотимода	49
<i>Заболотний Д.І., Шидловська Т.А., Шидловський А.Ю., Запорощенко Н.П.</i> Вушний шум та шляхи його корекції у хворих з початковою СНП судинного генезу	50
<i>Зайцев А.В., Березнюк В.В.</i> Отдаленные результаты кохлеарной имплантации у пациентов с облитерацией улитки	51
<i>Зайцев В.С., Шульгина Т.Г.</i> Вазомоторный ринит беременных: влияние на качество жизни женщин в период гестации	52
<i>Запорожець Т.Ю., Лоскутова І.В.</i> Порушення інтерферогенезу при екссудативному середньому отиті	55
<i>Кизим В.В., Толчинский В.В.</i> Вертикальные субтотальные резекции при распространенных опухолях срединного отдела гортани	56
<i>Кіцера Ол.Ом.</i> Цитологія слизової оболонки носа з врахуванням сучасної цитологічної класифікації ринітів	57
<i>Кіцера Ол.Ол.</i> Дані аудіометрії при суб'єктивному вушному шумі у осіб з нормальним слухом	58



<b>Кіщук В.В., Барціховський А.І., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Бондарчук О.Д., Рауцкіс П.А., Скічко С.В., Грицун Я.П., Шамрай С.О., Максимчук В.В.</b> Принцип Парето у підвищенні ефективності підготовки студентів з оториноларингології в умовах виконання «Закону про вищу освіту»	59
<b>Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Грицун Я.П.</b> Застосування сульфату міді в комплексному патогенетичному лікуванні хворих на склерому	60
<b>Кіщук В.В., Грицун Я.П., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Барціховський А.І.</b> Наш досвід використання інгалаційного флутиказону пропіонату у комплексному лікуванні склероми	61
<b>Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Грицун Я.П.</b> Сучасний підхід до консервативного лікування рекурентного (хронічного) тонзиліту на засадах доказової медицини	62
<b>Ковалик А.П., Ковалик П.В., Береговий Д.В.</b> Бактеріальна мікрофлора і її чутливість до антибіотиків, виділена із слизової оболонки гортані здорових людей і хворих на рубцевий стеноз гортані	65
<b>Ковтуненко А.В., Тымчук С.Н., Бакаев А.А.</b> Комплексное применение эндоскопических и топических методов диагностики при злокачественных заболеваниях верхнечелюстной пазухи	66
<b>Ковтуненко О.В., Тимчук С.М., Шпортко Б.В.</b> Сучасна морфологічна діагностика метастазів раку гортані у регіонарні лімфатичні вузли	67
<b>Кокоркин Д.Н., Шаменко В.А.</b> Гистиоцитоз из клеток лангерганса у детей	68
<b>Костишин І.Д., Гірна Г.А., Романчук В.Р.</b> Закриття дефекту нижньої щелепи у онкостоматологічних хворих	69
<b>Костишин І.Д., Гірна Г.А., Романчук В.Р., Ткач В.Є., Остап'як І.М.</b> Превентивні дисекції і опромінення регіонарних лімфатичних вузлів ший при плоскоклітинному раку шкіри обличчя	70
<b>Кошель І.В.</b> Спадкова схильність до хронічного поліпозного риносинуситу за даними клініко-генеалогічного аналізу	71
<b>Кривша В.В., Пелешенко О.О.</b> Обливість вестибулометричного обстеження пацієнтів з кохлеовестибулярними порушеннями	72
<b>Крук М.Б., Крук М.М.</b> Проблеми класифікації хронічних негнійних середніх отитів	73
<b>Кузык И.В., Тимен Г.Э., Коберник О.В.</b> Рациональное лечение больных секреторными средними отитами	74
<b>Кузык И.В., Тимен Г.Э., Коберник О.В.</b> Лечение детей с гнойными средними отитами, в том числе, осложненными мастоидитами	74
<b>Кулікова О.О., Гарюк Г.І., Губін В.М., Чуваков В.Л.</b> Структура і характер ізольованих і ускладнених ушкоджень носа і вуха за останні 3 роки за даними ургентного кабінету ЛОР-клініки ХМАПО	76
<b>Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Синяченко В.В., Шух Л.А., Сегал В.В.</b> Пластика «клапана» носа у дітей	77
<b>Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Шух Л.А., Сегал В.В., Павловська Н.Ю., Осадча Т.М.</b> Досвід лікування обмеженого зовнішнього отиту у дітей	78
<b>Лакиза С.О., Самойленко С.С.</b> Деякі особливості лікування хворих на рак гортані	78
<b>Левицька С.А.</b> Особливості будови носової порожнини і навколоносових пазух у хворих на хронічні синусити	80
<b>Левицька С.А.</b> Кореляція інтенсивності головного болю з розмірами верхньощелепних синусів у хворих на синусити	81
<b>Левицька С.А.</b> Зв'язок інтенсивності головного болю і результатів комп'ютерної томографії навколоносових синусів	81
<b>Левицька С.А.</b> Генетична детермінованість розвитку хронічних синуситів	81
<b>Левицька С.А.</b> Роль нормобіонтів носоглотки в розвитку гнійного синуситу	82
<b>Левицька С.А.</b> Генетичні аспекти імунної відповіді при назальному поліпозі	83
<b>Лукач Е.В.</b> Ефективність фотодинамічної терапії в ЛОР-онкології	83
<b>Лукач Е.В., Серезжко Ю.О., Клочков Є.І.</b> Ендоскопічний ефект відсутності аутолюмінесценції у діагностиці новоутворень гортані	85
<b>Луцир А.В.</b> Факторний аналіз клініко-патогенетичних показників у пацієнтів з поліпозним риносинуситом	85
<b>Луценко В.І., Белякова І.А., Градюк Н.М.</b> Оцінка ефективності кохлеарної імплантації у дорослих з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою за даними мовної аудіометрії на фоні завад	86
<b>Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Радевич І.Ю., Куруляк Н.Г.</b> Використання пробіотичних препаратів у комплексному лікуванні хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит із цукровим діабетом 1-го типу	87

<b>Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Оленович О.А.</b> Зміни інтегральних гематологічних показників лейкоцитів периферичної крові та МСМ у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит з цукровим діабетом 1-го типу	89
<b>Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Яковець К.І., Радевич І.Ю., Шевага Б.І.</b> Роль асоціацій мікроорганізмів у розвитку хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у пацієнтів з цукровим діабетом 1-го типу	90
<b>Манюк М.К., Абабий П.И., Данилов Л.А., Дьякова С.А., Киртоакэ Д.И., Диденку А.И., Челак Л.В.</b> Аспекти качества жизни у детей с рецидивирующими и хроническими риносинуситами	91
<b>Манюк М., Абабий Полина, Данилов Л., Киртоакэ Диана, Диденку А., Челак Лариса</b> Современный подход к эндоскопическому хирургическому лечению риносинуситов у детей	92
<b>Мельников О.Ф., Бредун А.Ю., Цимар А.В., Рыльская О.Г., Фараон И.В.</b> Интегральные показатели локального иммунитета ротоглотки детей с гипертрофией небных миндалин и хроническим тонзиллитом	93
<b>Мельников О.Ф., Заболотная Д.Д., Василенко Т.Ю., Рыльская О.Г., Прилуцкая А.Д.</b> Иммунорегуляторные эффекты препарата ВНО 101 при лечении больных хроническим катаральным ринитом	93
<b>Мельников О.Ф., Рыльская О.Г., Каминская А.И.</b> Имупрет как фитоиммунomodulator с противовоспалительной активностью	94
<b>Мельников О.Ф., Заболотный Д.И., Шмидт Г., Тимченко С.В.</b> Экспериментальное обоснование применения комплексного препарата Ринитал при ринитах неаллергической природы	96
<b>Мельников О.Ф., Тимченко С.В., Писанко В.М., Миронюк Б.М., Фараон І.В., Кудь Л.А., Тимченко М.Д.</b> Дослідження клітинного складу ротоглоткового секрету в дітей до та після видалення аденоїдів	96
<b>Милоченко Т.Г., Безбах Д.И.</b> Восстановление голоса у транссексуалов после хирургического вмешательства на гортани	97
<b>Милоченко Т.Г., Павлык Б.И.</b> Восстановление голоса после оперативного вмешательства на гортани. Рецидивирующий папилломатоз	97
<b>Міщанчук Н.С.</b> Вестибулометрия в комплексній діагностиці та оцінці ефективності лікування у хворих на секреторний отит	173
<b>Никулин М.И., Никулин И.М.</b> Наш опыт применения радиоволны в лечении больных вазомоторным ринитом	98
<b>Никулин М.И., Никулин И.М.</b> Принципы этиопатогенетической терапии полипозного риносинусита	99
<b>Падалка Р.Н., Товстокорый А.О., Черняк А.Н., Лецко В.Е., Немой В.Н.</b> Особенности лечения переломов стенок лобных пазух у пациентов с травматическими повреждениями лицевого скелета	100
<b>Паламарчук В.В., Паишковський В.М., Стороженко П.М.</b> Деякі аспекти ентєрального харчування та харчової онкопрофілактики у ЛОР-онкологічних хворих	100
<b>Паламарчук В.В., Паишковський В.М., Стороженко П.М., Старченков В.Ю.</b> Елементи методології системної та регіонарної хіміотерапії в онкооториноларингології	101
<b>Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А., Пилипюк Д.Н.</b> Ларингоцеле, диагностика и лечение	102
<b>Пионтковская М.Б., Юрченя Ю.В.</b> Хронические наружные отиты: вопросы спортивной профпатологии у детей и подростков	103
<b>Пионтковская М.Б., Мельников О.Ф., Друмова А.Н.</b> Возможности современной иммунотерапии в лечении и профилактике постимплантационных риносинуситов	104
<b>Пионтковская М.Б., Цепколенко А.В.</b> Хронические нейротрофические риносинуситы у лиц, перенесших подслизистую резекцию носовой перегородки	105
<b>Писанко В.Н., Тимен Г.Э., Климинок Г.И., Чубко С.П.</b> Лечение детей со злокачественными опухолями ЛОР-органов (опыт отделения ЛОР-патологии детского возраста)	117
<b>Писанко В.Н., Шкорботун В.А., Тимен Г.Э., Миронюк Б.Н., Винничук П.В., Кудь Л.А., Сапизжак И.И., Шепеленко Н.В., Власюк Л.К.</b> Хирургическая реабилитация детей с тугоухостью и глухотой	105
<b>Плаксивий О.Г., Ільянцева Г.П., Калуцький І.В., Мазур О.О., Драпака В.К.</b> Стан дитячої сурдологічної служби чернівецької області та кохлеарна імплантація як етап відновлення слуху	106
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Радевич І.Ю.</b> Аспекти лікарсько-трудової експертизи при злоякісних пухлинах гортані	107
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Радевич І.Ю.</b> Ефективність ендоскопічного контролю носоглотки	108
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Лека І.Є.</b> Визначення вмісту ейкозаноїдів в ексудаті гайморових пазух у хворих на гнійні синусіти з метою оптимізації лікування та попередження хронізації синуситів	108

<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Мельник Є.С., Богач В.А.</b> Інвертована папілома носа	109
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Драпака В.К.</b> Остеоми ППН: класифікація, клінічні прояви, принципи лікувальної тактики	110
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Завадський Є.Д., Драпака В.К.</b> Інформативність дегідратаційних тестів при хворобі Мен'єра	112
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Драпака В.К.</b> Основні типи і нозологічні форми синдрому сонного апное та його клінічні ознаки	113
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Варланович К.В.</b> Найбільш характерні скарги та їх частота при синдромі сонного апное	114
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Драпака В.К., Лека І.Є., Богач В.А.</b> Використання препаратів «Квікс», «Квікс алоє» та «Квікс евкаліпт» після оперативних втручань при захворюваннях носа та біляносових пазух	115
<b>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Співак С.Г., Геруш О.Л.</b> Фібrolарингоскопія в діагностиці захворювань гортані у дорослих та дітей	116
<b>Попович В.І., Бекетова Г.В., Абатуров О.Є., Крючко Т.О., Цодикова О.А., Вакуленко Л.І., Кошель І.В.</b> Вивчення ефективності комплексного фітопрепарату Синупрет в лікуванні гострого вірусного риносинуситу у дітей 6-11 років	118
<b>Попович В.І., Василюк Н.В., Семчук О.Б., Орішак Д.Т.</b> Мотиваційні аспекти дистанційного навчання в медичній післядипломній освіті	119
<b>Попович В.І., Кошель І.В., Пілецька Л.І.</b> Вивчення ефективності препарату Синупрет в лікуванні гострого післявірусного риносинуситу у дітей	120
<b>Почуєва Т.В., Ямпольська Е.Е.</b> Виявлені тенденції в перебігу хронічного тонзиліту у дітей молодшого шкільного віку із супутнім карієсом зубів	121
<b>Пухлик С.М.</b> Адекватная терапия острого тонзиллита	122
<b>Пухлик С.М., Андреев А.В., Тагунова И.К.</b> Гипертрофия язычной миндалины	122
<b>Пухлик С.М.</b> Комбинированные противоаллергические препараты	123
<b>Пухлик С.М.</b> Роль грибковой инфекции при хроническом воспалении небных миндалин и возможности лечения	125
<b>Пухлик С.М., Колесниченко В.В., Колесниченко В.И.</b> Опыт применения транексама при оперативных вмешательствах на ЛОР-органах у взрослых и детей	125
<b>Пухлик С.М., Крамаренко Р.П.</b> Состояние системы вегетативной регуляции у больных вазомоторным ринитом	126
<b>Пухлик Б.М., Бобело О.Л., Барціховський А.І., Береза І.С., Суркова Н.М., Шетманюк Г.В.</b> Можливості приватного алерго-імунологічного центру в діагностиці і лікуванні алергічного риносинуситу (АРС)	128
<b>Радченко О.І., Конюшняк В.О.</b> Нові системи кохлеарної імплантації Отікон Медикал – оптимальне рішення для немовлят, дітей та дорослих	128
<b>Рибалко А.П., Телегіна Н.А.</b> Іригаційна терапія верхньощелепного синуситу	130
<b>Руденька К.Л., Тімен Г.Е., Голод О.М., Вінничук П.В.</b> Трофіл як протектор аміноглікозидних антибіотиків	131
<b>Садчикова М.В., Юревич Н.А., Змеев В.А.</b> Химиолучевая терапия больных местнораспространенным раком головы и шеи	133
<b>Самусенко С.О., Головка Н.А., Філатова І.В., Распопова І.Ю.</b> Актуальні аспекти поліклінічної отоларингологічної допомоги дітям мегаполісу (на прикладі м. Харкова)	133
<b>Сапіжак І.І., Тімен Г.Е., Цимбалюк В.І., Чубко С.П., Стайно Л.П., Чернишова Н.К.</b> Визначення протекторної та лікувальної дії нейрональних стовбурових клітин при з модельованому аміноглікозидному ототоксикозі	135
<b>Сліпецький Р.Р., Галай О.О.</b> Сучасні наукові напрямки у лікуванні раку гортані засновані на принципах доказової медицини	136
<b>Сонник Н.Б., Лобурец В.В., Подовжний А.Г.</b> Тактика лечения при сочетанной патологии миндалин лимфоидного кольца и уздечек губ и языка	137
<b>Тагунова И.К., Богданов К.Г., Андреев А.В.</b> Тактика лечения больных с гипертрофией лимфоидной ткани глотки, обусловленной герпесвирусной инфекцией	138
<b>Тімен Г.Э., Вінничук П.В., Руденька Е.Л., Покришень Д.О.</b> Отопластика сложенных ушных раковин	139

<i>Тімен Г.Е., Кудь Л.А., Писанко В.М., Санижак І.І.</i> Результати лікування дітей із гострими гнійними та загостреннями хронічних гнійних риносинуситів	140
<i>Тімен Г.Е., Писанко В.М., Кобзарук В.В., Кобзарук Л.І.</i> Використання інтратимпанального введення медикаментів у комплексному лікуванні дітей з гострою сенсоневральною приглухуватістю	141
<i>Тімен Г.Е., Писанко В.М., Миронюк Б.М., Кузик І.В., Вінничук П.В., Кобзарук Л.І., Кудь Л.А., Чубко С.П., Хоменко М.Г.</i> Підвищення ефективності лікування дітей з хронічним секреторним середнім отитом	142
<i>Тімен Г.Є., Писанко В.Н., Чубко С.П., Мудрий А.С.</i> Ангиофиброма основания черепа	143
<i>Тімен Г.Э.</i> 30-летний юбилей отдела ЛОР-патологии детского возраста	143
<i>Тымчук С.Н., Ковтуненко А.В., Березнюк Д.В., Битев В.Г.</i> Наш опыт хирургического лечения резидуальных опухолей ротоглотки	147
<i>Титаренко О.В., Титаренко О.А., Лисовецкая В.С.</i> Грибковый перфоративный средний отит	148
<i>Троян В.І., Костровський О.М., Лобова О.В.</i> Використання ІТ в самостійній роботі студентів на кафедрі оториноларингології ЗДМУ	149
<i>Троян В.І., Костровський О.М., Сінайко І.О.</i> Проблемно-орієнтоване навчання на кафедрі оториноларингології ЗДМУ	149
<i>Тишко Ф.О.</i> Органозберігаюча ендоскопічна мікрохірургія новоутворень гортані	150
<i>Хоменко О., Федорук В., Баліна Н.</i> Досвід слухопротезування першими у світі інтернет-конективними слуховими апаратами OTICON OPN в центрі слухової реабілітації «Аврора»	151
<i>Хоролец О.В., Каширін В.О., Фудайкіна Л.М.</i> Захворюваність та проблеми лікування хворих на рак гортані в Запорізької області	152
<i>Цимар А.В., Пушкарьова В.М.</i> Патогенетична терапія гострого бактеріального риносинуситу	154
<i>Цимар А.В., Чорний О.В.</i> Ефективність застосування інтраназальних кортикостероїдних препаратів при патології лімфаденоїдного апарату горла удітей	157
<i>Цьолко Т.Р., Галай О.О.</i> Методи відновлення голосоутворення у хворих з раком гортані	159
<i>Шидловська Т.А., Куреньова К.Ю., Шевцова Т.В., Коровай О.О.</i> Характеристика амплітуди APBM у хворих із функціональними порушеннями голосу	159
<i>Шидловська Т.А., Куреньова К.Ю., Волкова Т.В., Пойманова О.С., Іванченко Т.Г.</i> Якісні характеристики відеоларингостробоскопії при функціональній гіпотонусній дисфонії	160
<i>Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Козак М.С., Овсяник К.В., Петрук Л.Г.</i> Особливості стану церебральної гемодинамики та слухової функції у осіб, які отримали акутравму в зоні проведення антитерористичної операції	161
<i>Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Куреньова К.Ю., Тринос Л.А.</i> Поєднання ларингологічних та інструментальних методів дослідження ЦНС та слухового аналізатора для діагностики функціональних порушень голосоутворення, які характеризуються гіпотонусним станом м'язів гортані	162
<i>Шидловська Т.А., Волкова Т.В., Цимбалюк Є.М., Пойманова О.С.</i> Спектральний аналіз формант F <sub>1</sub> та F <sub>2</sub> голосу пацієнтів з функціональними та органічними захворюваннями голосового апарата	163
<i>Шидловська Т.А., Куреньова К.Ю., Козак-Волошаненко Ю.М., Коровай О.О.</i> Характеристика стану різних відділів слухового аналізатора у пацієнтів з функціональною гіпотонусною дисфонією	165
<i>Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Козак М.С., Овсяник К.В., Яворовський О.П., Брухно Р.П., Бойчук М.А.</i> Показники реоенцефалографії у робітників вугільної та харчової галузі	165
<i>Шкорботун Я.В.</i> Лікувальна тактика при кістах верхньощелепних синусів у пацієнтів, яким планується дентальна імплантація	167
<i>Шкорботун В.О., Копчак А.В., Лакиза С.О., Шербиніна Г.Ю., Гурмак І.В.</i> Хірургічна тактика при вогнепальній поєднаній травмі вуха та нижньо-щелепного суглоба	168
<i>Шкорботун В.О., Кунах Т.Г., Слободян Т.С., Гапонюк А.О., Матейко М.</i> Диференційований підхід до вибору ендоскопічного доступу в хірургії основної пазухи	169
<i>Шкорботун В.О., Лях К.В., Шкорботун Я.В.</i> Особливості аденотомиї у дітей, що перенесли уранопластику	170
<i>Шкорботун В.О., Шкорботун Я.В., Кривиша В.В., Пелешенко О.О., Лакиза С.О., Самойленко С.С., Горішній І.І.</i> Конусно-променева комп'ютерна томографія в навчальному процесі післядипломної підготовки лікарів-отоларингологів	171
<i>Яшан О.І., Павлюк П.С.</i> Лікування гострих середніх та зовнішніх отитів місцевими комплексними препаратами	172