

Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації
Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького
Львівське обласне товариство оториноларингологів

ХІІ З'їзд оториноларингологів України

18-20 травня 2015 р.

Львів – 2015

В збірку увійшли тези 5 розділів програми XII з'їзду оториноларингологів України:

1. Історія оториноларингології; 2. Діагностика та лікування запальних та алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів; 3. Отологія, аудіологія, вестибулологія, кохлеарна імплантація; 4. ЛОР-онкологія; 5. Загальні питання оториноларингології.

Редакційна колегія

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, проф. Л.Г. Розенфельд; чл.-кор. НАМН України, проф. Г.Е. Тімен; доктор медичних наук М.Б. Самбур; доц. А.В. Цимар; д. біол. н. С.В. Верьовка; к. мед. н. А.Ф. Карась; проф. Е.В. Лукач; проф. О.Ф. Мельников; проф. Ю.О. Сушко; проф. Т.В. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

ІСТОРІЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Ф.О. ТИШКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІІ-Й З'ЇЗД УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВОГО МЕДИЧНОГО ТОВАРИСТВА ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ (м. ЛЬВІВ, 2015 р.) В КОНТЕКСТІ VI З'ЇЗДУ (м. ЛЬВІВ, 1983 р.) ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

З часу VI з'їзду оториноларингологів України, який проходив у 1983 році у м. Львові минуло 32 роки і ось новий ХІІ з'їзд оториноларингологів України також відбувається у м. Львові. За вказаний період в житті України і в медичній науці, і, зокрема, в оториноларингології, відбулись великі позитивні зміни. Порівнюючи досягнення того періоду з нинішнім часом можна стверджувати, що вони відбулися як на організаційному так і на науково-освітньому рівня. Але, як на той час, так і на сьогодні українські оториноларингологи проявляли і проявляють свої великі досягнення на всіх рівнях і напрямках медичної науки.

Аналізуючи тільки тематику VI з'їзду, можна відмітити, наскільки серйозні піднімалися питання. Сама підготовка з'їзду проводилася за участю МОЗ УРСР, Республіканського наукового товариства оториноларингологів, керівниками Львівської області та Львівського обласного відділу охорони здоров'я. Безпосередніми організаторами з'їзду були Голова Правління УНОЛО Заслужений діяч науки УРСР професор І.А. Курилін, Головний оториноларинголог МЗ УРСР директор інституту оториноларингології професор О.І. Циганов, заступник Голови Вченої Медичної Ради МОЗ УРСР П.М. Перехрестенко, Львівський обласний відділ охорони здоров'я та Львівський медичний інститут.

За період роботи з'їзду проведено 6 засідань. Заслухані такі доповіді: „Організація оториноларингологічної допомоги населенню і шляхи її подальшого удосконалення”. На послідовних засіданнях піднімалися питання діагностики і лікування гострих та хронічних запальних захворювань гортані.

Питанням діагностики, клініки та лікування запальних захворювань вуха і внутрішньочерепних ускладнень були присвячені два засідання, а питання фізіології і патології звукового і вестибулярного аналізаторів обговорювались на окремому засіданні.

Як і завжди, обговорювались проблеми організаційного характеру. Голова Правління Това-

риства в своїй доповіді підвів аналіз роботи „Товариства...” за період 1977-1982рр. Були заслухані доповіді Ревізійної комісії (доц. Н.П. Манжура), редакційної колегії „Журналу вушних, носових і горлових хвороб” за 1977-1982 рр. (Гол. редактор проф. І.А. Курилін). За активну і змістовну роботу була проголошена вдячність „Правління...” рецензентам „Журналу...” В.Г. Базарову, Р.А. Барилюку, В.А. Гукович, Л.Б. Дайняк, В.Д. Драгомерецькому, Е.А. Євдощенко, Г.А. Опанащенко, В.Е. Остапкович, М.С. Плужнікову, В.С. Погосову, Б.І. Родіну, Б.М. Сагаловичу, І.А. Склюту, І.Б. Солдатову, Л.І. Трушкевич, Б.О. Шапоренко, Б.В. Шевригину, Т.В. Шидловській.

Таємним голосуванням вибрані 41 член Правління Республіканського наукового товариства оториноларингологів УРСР і 5 членів ревізійної комісії. Був визначений і вибраний склад Президіума Правління. До нього увійшли: проф. А.І. Курилін (Голова), проф. О.І. Циганов (заступник Голови), проф. О.А. Євдощенко (заступник Голови), проф. Б.О. Шапоренко (заступник Голови), канд.мед.наук О.М. Власюк (секретар, до VI з'їзду секретарем „Товариства...” майже 10 років був доц. Ф.О.Тишко), канд.мед.наук Л.А. Гаранкіна (казначей), проф. В.А. Гукович, проф. Н.В. Завадський, проф. В.Д. Драгомирецький, проф. В.Г. Базаров, проф. О.О. Кіцера, доктор медичних наук Ф.О. Тишко, кандидат медичних наук Л.В. Візіренко.

В заключенні делегати з'їзду прийняли резолюцію, в якій поряд з досягненнями в оториноларингологічній професії вказувалося на ще існуючі недоліки. Відмічалось, що метод мікроларингоскопії не знайшов широкого застосування в оториноларингологічній практиці. Вказано, про необхідність більше приділяти уваги захворюванням вуха, профілактиці глухоти та приглухуватості, особливо в дитячому віці.

VI з'їзд оториноларингологів визнав необхідність активної участі в реалізації „Продовольчої програми” шляхом підвищення якості профілактичної і лікувальної допомоги, особливо працівникам села.

Від VI до XII з'їзду минуло 32 роки. Попередні покоління з честю виконали свій професійний і громадянський обов'язок.

За 32 роки багато чого змінилося в суспільстві, державному устрої, в свідомості людей. З'явилися нові перспективні досягнення в медицині в т.ч. – в оториноларингології.

ДУ „Інститут оториноларингології проф. О.С. Коломійченка НАМН України” став посправжньому організатором і координатором наукових досліджень і освітнянського процесу. Встановилися тісні зв'язки між “Інститутом...” і кафедрами оториноларингології Вищих навчальних закладів України, плануються науководослідні та дисертаційні роботи з урахуванням вимог сьогодення. Розширилися ділові зв'язки із вченими інших країн Європи та інших континентів, що надзвичайно позитивно впливає на формування світогляду молодих вчених і підвищення наукового і професійного рівня наших вітчизняних вчених і практичних лікарів. В цьому процесі велике значення відіграє „Інститут оториноларингології” на чолі з директором академіком Д.І. Заболотним та науковцями інституту Ю.О. Сушко, О.М. Борисенко, Г.Є. Тімен та багатьма іншими.

„Інститут оториноларингології” та кафедри медичних університетів оснащені діагностичною та лікувальною апаратурою. Якщо на VI з'їзді говорилось про необхідність ширше застосовувати мікроскопічну апаратуру, то сьогодні це вже досягнуто як в діагностичній практиці так і в хірургічній роботі.

Широко проводяться ощадливі органозберігаючі операції в онкології, в хірургії вуха, гортані, носа та приносових пазухах. Широко використовуються методи кріодії на ЛОР-органах та високоенергетичні лазери, застосовуються методи електрозварювання тканин, що є замінником їх зшивання.

Розроблені методи краніофасіального підходу до пухлин основи черепа та порожнини черепа. Широко застосовуються методи видалення акустичних неврином з підходом до них збоку задньої черепної ямки, проводяться операції на внутрішньому вусі. Добре зарекомендував себе метод кохлеарної імплантації започат-

кований в Інституті оториноларингології і проводиться нині на деяких кафедрах оториноларингології вищих медичних закладів України.

Отримали широке розповсюдження методи мікроларингоскопічної діагностики захворювань гортані та мікροендоскопічних операцій в порожнині гортані при пухлинних захворюваннях та паралітичних стенозах гортані започатковані кафедрою оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Удосконалюються методи відновлення слуху шляхом тимпанопластики, розроблені методи нейропластики лицевого нерву. Є відповідні позитивні зрушення в тонзиллярній проблемі. З успіхом застосовуються методи кріодекструкції та лазерної хірургії піднебінних мигдаликів, а в дитячій хірургії ендоскопічне видалення аденоїдів.

Розроблені нові методи ЛОР-захворювань та органозберігаючих операцій в онкологічній практиці.

Розроблені та широко застосовуються в медичній практиці методи усунення хронічних стенозів і дефектів гортані трахеї шляхом циркулярної резекції рубцово-зміненої частини трахеї з накладанням міжтрахеальних та трохеоортанних анастомозів за рахунок мобілізованого грудного відділу трахеї, започаткованих і удосконалених в оториноларингологічній практиці вперше на ЛОР-кафедрі КМІ (НМУ) імені О.О. Богомольця.

Підвищилась якість наукової і освітнянської друкованої продукції (підручники, монографії і т.ін.).

З такими здобутками українські оториноларингологи підішли до XII з'їзду оториноларингологів України.

На XII з'їзд оториноларингологів України представлені цікаві доповіді провідних вчених України і молодих науковців практично по всіх розділах оториноларингології.

Висновок:

Минуле, сучасне, майбутнє

Злилися в одне поняття

Історії нашої сутні –

Етапи людського життя.

© Ф.О. Тишко, 2015

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

ІСТОРІЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ЗАКАРПАТТЯ

Отоларингологія Закарпаття тісно пов'язана з її становленням та розвитком в країнах Європи. Так склалося історично, що даний край сотні років перебував під владою Австро-Угорської монархії, з 1919 по 1939 рік, під назвою Подкарпатська Русь, входив до Чехосло-

вацької республіки, потім знову до 1944 року був під Угорщиною, в 1945 році приєднаний до УРСР під назвою Закарпатська область, а з 1991 року знаходиться в складі незалежної України.

Отоларингологія Закарпаття пройшла довготривалий шлях свого становлення, який за-

фіксований в історичних документах тих країн, в складі яких воно знаходилося в різні періоди свого існування і зараз стоїть на тих підвалинах, які були закладені в краї багатовіковою історією розвитку та досягненнями науково-технічного прогресу медицини народів Європи.

В ХІХ ст. у великих містах Західної Європи почали створюватися спеціальні клініки для лікування хворих з патологією ЛОР-органів, куди зверталися жителі нашого краю. Перша отолічна кафедра і клініка в Європі була створена у Віденському університеті в 1873 році. Пізніше там була відкрита і кафедра ларингології. В 1875 році вперше в світі було проведено повне видалення гортані відомим віденським професором хірургії Х. Більротом. Він характеризував отологію, як «важку і невдячну» дисципліну.

У становленні та розвитку отоларингології Закарпаття можна виділити декілька етапів. Перший охоплює лікування хворих із патологією вуха, горла і носа монахами в притулках монастирів та цехах цирульників. Другий – проведення лікування ЛОР-хворих вже дипломованими лікарями загального профілю: терапевтами і хірургами. Третій – пов'язаний з виділенням отоларингології в самостійну дисципліну. Четвертий – розвиток ЛОР-спеціальності після закінчення Другої світової війни. П'ятий – отоларингологія Закарпаття в незалежній Україні.

В 20-х та 30-х роках минулого століття, за період Чехословаччини, в нашому краї почали відкриватися приватні ЛОР-кабінети в яких надавалася необхідна допомога хворим. В 1936 році в Ужгородській міській лікарні вже існувало ЛОР-відділення, а в інших лікарнях краю були палати для лікування хвороб вуха. Тобто, вже з цього періоду почала розвиватися спеціалізована ЛОР-допомога хворим. Хірургічні втручання при внутрішньочерепних ускладненнях та інших ЛОР-патологій проводили як отоларингологи, так і хірурги, які мали добру підготовку всесвітньо відомої австрійської хірургічної школи.

Після приєднання в 1945 році нашого краю до УРСР, згідно відповідної постанови уряду України, був відкритий Ужгородський державний університет, з медичним факультетом. Курс отоларингології УжДУ був заснований у 1949 році. Створено обласне ЛОР-відділення, а в подальшому і районні. Першим завідувачем ЛОР-курсу УжДУ до 1955 року була доцент О.П. Каменєва. Потім, до 1959 року, курс лекцій студентам проводили професори Львівського державного медичного інституту С.В. Михайлівський та Р.О. Бариляк.

З 1960 по 1976 рік завідувачем ЛОР-курсу УжДУ був обраний доцент Г.М. Перегуда.

З іменем Г.М. Перегуда пов'язаний початок швидкого розвитку курсу отоларингології через його багатогранну діяльність. В 1960 році було створене Обласне науково-практичне товариство отоларингологів, а також відкриті курси первинної спеціалізації, підвищення кваліфікації на робочому місці та клінічна ординатура. Г.М. Перегуд був добрим організатором служби, прекрасним педагогом, науковцем, наставником та чудовим ЛОР-хірургом.

З 1976 по 1991 рік завідувачем курсу отоларингології УжДУ став доцент В.В. Петрецький, який продовжував вдосконалювати закладені Г.М. Перегудом основи теоретичної і практичної отоларингології й активно займався підготовкою ЛОР-кадрів області. В.В. Петрецький був талановитим організатором служби, чудовим ЛОР-хірургом, добрим педагогом, учителем. За його каденції були розширені міжнародні зв'язки ЛОР-курсу з провідними науковими центрами Європи. Ним була організована і проведена міжобласна ЛОР-конференція Західних областей України. Він був членом редакційної ради «Журнала ушних, носових и горловых болезней» та «Вестника отоларингологи», референтом угорського часопису у ХІІ розділі МРЖ.

З 1991 року і по сьогоднішній день завідувачем курсу отоларингології УжНУ та головою Закарпатського наукового медичного товариства лікарів отоларингологів є доцент Н.М. Рішко. Вона достойно зберігає та примножує традиції своїх попередників та розвиває нові науково-практичні напрямки і передає їх молодим лікарям. Значну увагу вона приділяє навчально-методичній роботі в УжНУ, як досвідчений хірург-отоларинголог виконує складні оперативні втручання при патології ЛОР-органів.

В післявоєнний період отоларингологія Закарпаття набула швидкого розвитку. Доказом того була динаміка росту кадрів та спеціалізованих ЛОР-ліжок в стаціонарах області. Якщо в 1946 році було 8 отоларингологів, то в 1959 році їх число подвоїлося. В 1964 році було вже 30 отоларингологів, у 1991 – 73, із них дитячих – 19. Забезпеченість кадрами на 10 тисяч населення було 0,64 (по Україна – 0,85). В 1946 році в області було 36 ЛОР-ліжок, у 1959 р. – 68, у 1964 р. – 130, у 1991 р. – 300. Забезпеченість ЛОР-ліжками на 10 тисяч населення складало 2,4 (по Україна – 2,7). Але поступово почалося зниження кількості кадрів та особливо ЛОР-ліжок. В 2014 року в області працювало 67 отоларингологів, із них дитячих – 16. Забезпеченість кадрами на 10 тисяч населення 0,50 (по Україні – 0,75), дитячих – 0,12 (по Україні – 0,2). В даний час в області залишилося 160 ЛОР-ліжок, із них дитячих – 45. Забезпеченість ЛОР-

ліжками на 10 тисяч населення складає 1,3 (по Україні – 1,9).

В зв'язку з проведенням реорганізації медичної допомоги населенню України необхідно оптимізувати і ЛОР-допомогу хворим, перевівши важіль допомоги на амбулаторно-поліклінічну ланку та забезпечити її сучасною новою медич-

ною технікою та апаратурою, що дозволить не тільки зберегти, але і покращити отоларингологічну допомогу населенню Закарпаття.

Становлення та розвиток отоларингології в Закарпатті добре відображено в монографії В.В. Дячук «Історія оториноларингології Закарпаття», яка видана в 2014 році, 512 стор.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2015

С.А. ЛЕВИЦЬКА, І.Ф. ГЛАДКИЙ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)

ІСТОРІЯ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ – ДВІ ТИСЯЧІ РОКІВ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Історія тонзилектомії налічує більше двох тисячоліть. Двох тисячоліть драматичної боротьби думок і авторитетів, боротьби із страхом кровотечі і болю. За такий довгий період вдосконалилися хірургічні інструменти, використання загального знечулення дозволило зробити операцію безболісною, але принципи виконання втручання збереглися, так само як збереглися сумніви щодо її доцільності і страх перед ускладненнями.

Перші письмові згадки про видалення піднебінних мигдаликів в Старому Світі належать римлянину Корнеліусу Цельсу (близько 25 р. до н.е. – 50 р. н.е.), який рекомендував вилущувати мигдалик круговими рухами пальця. Кровотечі під час операцій виникали часто, і за словами самого Цельса, нерідко спроби вгамувати кровотечу виявлялися невдачливими. Першим лікарем, котрий описав використання дротяної петлі для видалення піднебінних мигдаликів, був Гален (129-200 рр. н.е.). Таке виконання тонзилектомії виявилось популярнішим за метод Цельса і проіснувало майже чотири століття.

Страх смертельно небезпечних кровотеч змусив хірургів середньовічної Європи взагалі відмовитися від виконання тонзилектомій. Натомість при значній гіпертрофії мигдаликів виконували странгуляційну тонзилотомію дротяною петлею, що було надзвичайно болісною і небезпечною процедурою, котра на довгий час позбавляла пацієнта можливості говорити, ковтати і завдавала нестерпного болю. Часте інфікування, високий рівень летальних випадків, погана контрольованість призвели до того, що протягом 16-18-х століть більшість лікарів відмовлялися від хірургічного лікування патології піднебінних мигдаликів.

Подією, яка різко змінила ставлення лікарів і пацієнтів до тонзилектомії і дозволила останній ввійти в перелік найбільш розповсюджених і частих хірургічних втручань, було винайдення гільйотинного ножа.

В 1828 році американець Філіп Сінг Фісік (1768-1837) з Філадельфії, котрого називають «батьком американської хірургії», модифікував інструмент Бенджаміна Бела і створив перший гільйотинний тонзилотом. Інструмент знайшов велику кількість прихильників і широко використовувався протягом наступних 80 років.

Модифікація ножа американцем Слюдером дозволила йому широко впровадити в хірургічну практику гільйотинну тонзилектомію. Ця операція була надзвичайно популярною і отримала назву тонзилектомії Слюдера на честь винахідника.

Американський лікар Беленджер в 1897 році довів, що виконання тонзилектомії Слюдера не дозволяє повністю вилущити мигдалик разом з капсулою, що призводить до повторної появи симптомів хронічного тонзиліту після операції. Запропонований ним метод екстракапсулярного видалення мигдаликів виявився настільки ефективним, що гільйотинну тонзилектомію взагалі перестали виконувати в США.

Не зважаючи на більш ніж тисячолітній досвід виконання тонзилектомії, остання й досі не може вважатися абсолютно безпечною. Не зважаючи на прогрес медичної науки і використання новітніх технологій, за 26 років спостереження в США було зафіксовано 96 смертельних випадків у дітей після тонзилектомії. Смерть 5 дошкільнят після тонзилектомії в Австрії за 2006 рік викликала надзвичайну реакцію громадськості і змусила австрійських отоларингологів переглянути покази щодо тонзилектомії у дітей молодшого віку і рекомендувати дітям при значній гіпертрофії піднебінних мигдаликів обмежуватися тонзилотомією.

Майбутнє тонзилектомії повинно полягати у визначенні чітких, науково аргументованих показів до проведення операції, мінімізації ризику післяопераційних ускладнень і післяопераційного болю.

© С.А. Левицька, І.Ф. Гладкий, 2015

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Р.А. АБИЗОВ, О.Ю. РОМАСЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ДИСФОНІЯХ У ХВОРИХ ЗІ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ

У хворих з хронічними запальними захворюваннями глотки та гортані під час загострення процесу можливі функціональні порушення якісних показників голосу (висоти, сили, тембру), що потребують певних зусиль та часу для відновлення фонаторної функції.

Під нашим наглядом в ЛОР клініці НМАПО з 2014 по 2015 рр. знаходилося на обстеженні та стаціонарному лікуванні 23 хворих у віці від 28 до 62 років (15 жінок та 8 чоловіків).

Основними скаргами хворих були: відчуття сухості в горлі, хриплість, утруднене «порожнє» ковтання, нав'язливий сухий кашель, хриплість, відчуття «піску» у голосі, зменшення сили голосу, швидка стомлюваність голосу. Хворі страждали хронічним катаральним фарингітом та ларингітом з частими (6-8 разів на рік) загостреннями процесу. Це потребувало суттєвих заходів протизапального лікування та фонопедичної корекції.

Всі хворі були поділені на дві групи: I група – дослідна, складалася з 12 пацієнтів, II група – контрольна, охоплювала 11 осіб.

Нами апробована, на наш погляд, найбільш оптимальна лікувальна тактика що до контингенту пацієнтів. На першому етапі для знаття ознак запалення та відчуття болю ми призначали препарат Тантум Верде® для зрошення глотки (15мл кожні 2 години протягом 6-7 днів). Гіперемія, набряк слизової оболонки та відчуття болю зменшились на 3 день та майже зникли на 6-7 день після прийому препарату.

Після фаринголарингоскопії при нормалізації ознак запалення на 8-9 день приступали до курсу фонопедичних занять (корекційно-реабілітаційні заходи), які були спрямовані на виявлення та включення компенсаторних можливостей організму, ліквідацію патологічного

способу голосоведіння. Хворим призначались вправи на активізацію нервово-м'язового апарату гортані, вправи на розвиток мовленнєвого дихання, ортофонічні вправи, функціональні тренування з розвитку сили, висоти, тембру голосу, вправи на закріплення отриманих навиків голосоведіння, а також вправи на автоматизацію отриманих навиків фонації у спонтанному мовленні.

Голосова функція у пацієнтів, які лікувались за нашою методикою характеризувалась наступними показниками: відсутня хриплість, голосова атака м'яка, голос розбірливий, модульований, голосовий діапазон визначався, як нормальний (модульований), динамічний діапазон широкий. Час максимальної фонації складав 14 ± 16 с.

При порівнянні з 11 хворими, що лікувались за традиційною методикою відновлення голосу відмічено на 5-7 днів раніше.

Кількість скарг у хворих контрольної групи, а також показники голосових характеристик були значно гіршими. Так, зустрічалась легка хриплість голосу, голос характеризувався, як глухий, розбірливий, модульований, слабкий, не дзвінкий, голосовий діапазон мав тенденцією до пониження, при наростанні гучності спостерігались «провали» тону голосу, час максимальної фонації складав 9 ± 1 с. Голосова атака тверда.

Отже, застосування зрошення слизової оболонки глотки препаратом «ТантумВерде®» на I етапі та застосування фонопедичної корекції в подальшому у хворих з дисфонією на фоні загострення хронічного катарального фаринголарингіту дозволили ефективно покращити якісні характеристики голосу (силу, висоту, тембр), скоротити на декілька (5-7) діб строки лікування, що можна вважати оптимальною лікувальною тактикою при цій патології.

НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПУНКЦІЙНО-ДИЛЯТАЦІЙНОЇ ТРАХЕОСТОМІЇ

Трахеостомія – одна з найбільш часто виконуваних хірургічних процедур у хворих відділення реанімації та інтенсивної терапії. Не менш ніж у десяти відсотків хворих, які потребують принаймні три дні штучної вентиляції легень (ШВЛ), в кінцевому рахунку виконується трахеостомія з метою забезпечення прохідності дихальних шляхів і тривалої механічної вентиляції [1]. Найбільш поширена причина продовженої ШВЛ та проведення трахеостомії – тривала дихальна недостатність. Іншими показаннями до трахеостомії є: порушення свідомості, слабкі захисні рефлекси дихальних шляхів, важкі органи порушення, пов'язані з травмою або захворюванням, санація трахеобронхіального дерева [2].

Виділяють такі основні групи показань для проведення трахеостомії [3-5]:

- забезпечення надійного доступу до дихальних шляхів у хворих, яким потрібна тривала дихальна підтримка, механічна вентиляція, складності з відлученням від респіратора;
- запобігання пошкодження гортані і верхніх дихальних шляхів внаслідок продовженої транспортної інтубації;
- забезпечення легкого і швидкого доступу до нижніх дихальних шляхів для частоті санації та видалення секрету з трахеобронхіального дерева (рясна секреція, бульбарні порушення);
- захист трахеобронхіального дерева від аспірації;
- забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів при пухлинах, травмах, операціях, наявності чужорідного тіла, інфекції.

Трахеостомія – операція невелика, зазвичай вона займає не більше 30 хвилин. Тим не менше, її майже завжди виконують під наркозом. Принципово трахеостомію можна виконати двома способами – відкритим і пункційно-дилатаційним. Відкрита трахеостомія – це звичайна хірургічна операція. Проводиться розріз завдовжки 4-6 см, пошарово роз'єднуються м'які тканини шиї (м'язи, судини, перешийок щитовидної залози), оголюються верхні 3-4 кільця трахеї. Потім скальпелем проводиться розріз трахеї між 2 та 3 півкільцями, підшивається останню до шкіри, в сформовану трахеостому вводиться трахеостомічна трубка. Відкриту трахеостомію можуть виконати в будь-якій лікарні, незалежно від рівня технічного оснащення. Для цієї операції потрібний тільки класичний набір хірургічних інструментів і трахеостомічна трубка.

Порівняно недавно був розроблений пункційно-дилатаційний (без прямої хірургічної візуалізації трахеї) метод трахеостомії (ПДТ). У його основі лежить наступний принцип. Лікар робить на шкірі шиї розріз 1,5-2 см – мінімальної ширини, по діаметру трахеостомічної трубки. Потім він через всі м'язові шари пунктує шприцом з голкою трахею (коли голка потрапляє в трахею, в шприці з'являється повітря). Через голку лікар заводить у трахею провідник – тонку гнучку струну. Провідник служить напрямляючим для спеціальних розширювачів, за допомогою яких формують трахеостомічний отвір. Розширивши м'які тканини, лікар по провіднику вводить в трахею трубку. Для проведення операції використовують різні набори для виконання трахеостомії за методиками Сігле (за допомогою серії дилататорів зростаючого діаметру) або Грігза (за допомогою дилатаційного затискача Ховарда-Келлі з внутрішнім каналом для провідника).

Нами проведено 10 пункційно-дилатаційних трахеостомій (ПДТ) по методу Грігза (набори «Portex») на базі Івано-Франківської ОКЛ (4 в умовах ВАіТ та 6 нейрохірургічного відділення). Тривалість операції складала 20±10 хвилин. Групу порівняння склали 10 пацієнтів з трахеостомією, проведеною класичним методом. Всім пацієнтам трахеостомія за обома методиками проводилась протягом квітня 2014р. В середньому обидві групи пацієнтів знаходились на ШВЛ близько місяця, після чого були деканюльовані та переведені на самостійне дихання. Повторний огляд пацієнтів проводився через 6 місяців після трахеостомії, коли відбулося повне загоєння трахеостоми. Спостерігалось 4 ускладнення у пацієнтів, яким була проведена класична трахеостомія у вигляді рубцевого стенозу трахеї (деформація її зі звуженням просвіту внаслідок перенесеної хірургічної травми) на рівні трахеостоми. У всіх пацієнтів цієї групи в порівнянні з тими, яким була проведена ПДТ, спостерігались виражені післяопераційні рубці шкіри в ділянці трахеостоми. У 10 пацієнтів після ПДТ ускладнень не виявлено. Рубець на шкірі в ділянці трахеостоми був мінімальним, косметичного дефекту для хворих не сприйняв.

Отже, недоліком класичної методики є її травматичність. Рана навколо трахеостоми довго заживає і може нагноюватися, згодом на шиї залишається помітний рубець. Перевага пунк-

ційно-діляційного методу в тому, що він є більш ощадливим. На шиї залишається мінімальний рубець, рідше виникає запалення м'яких тканин. Згодом менш імовірні рубцеві стенози

трахеї. Важливим є також можливість виконання ПДТ без гіперекстензії шиї (класична укладка хворого) і з піднятим головним кінцем ліжка.

© Н.В. Александрук, Я.І. Генік, Н.М. Кудерська, Н.В. Ванченко, 2015

С.В. АНДРЕЕВ, М.С. ЧЕРНЯВСКАЯ (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАЇНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ

Хронические воспалительные заболевания придаточных пазух — одна из актуальных проблем в отоларингологии. Они составляют от 16 до 56% всех ЛОР заболеваний (Г.З. Пискунов, 2014). Современное лечение хронических риносинуситов сводится к применению антибактериальных препаратов, антигистаминных препаратов, улучшающих удаление слизи из полости носа.

В этиологии развития хронического синусита основная роль принадлежит обструкции естественного выводного отверстия верхнечелюстной пазухи, что вызывает нарушение дренажа и аэрации, нарушается турбулентность воздушных потоков (С.З. Пискунов, 2009).

Далеко, не последнее место в развитии данной патологии имеет место инфекция. Возбудителями заболевания часто являются представители кокковой микрофлоры, в частности стрептококки. В последние годы появились сообщения, что, в качестве возбудителей могут быть грибы, анаэробы, вирусы и грамотрицательные возбудители. В норме общее количество микроорганизмов (облигатная флора) у взрослого человека до 1,5 кг полезных микробов. Благодаря выделению этими микроорганизмами различных кислот, спирта, лизоцима — уменьшает активность патогенной микрофлоры (транзиторная флора). Хронизации процесса способствует повышение агрессивности патогенных микроорганизмов, формировании бактериальных пленок.

Попытка современной медицины аннексировать достижение победы над инфекционными болезнями оказались несостоятельными. Применение иммунокорректирующей терапии патогенетически обосновано.

Применяемые ранее препараты с иммунопрофилактической целью местного характера (бронхомунал, ИРС-19) не имели положительного терапевтического эффекта (О.Ф. Мельников, Д.И. Заболотный, 2006; Г.Э. Тимен и соавт., 2006; Ю.В. Митин и соавт., 2006). По их мне-

нию, низкая эффективность применяемых препаратов обусловлена низкомолекулярным материалом, полученным из микробных клеток путем химического лизиса.

Наше внимание привлекла вакцина ИСМИЖЕН, полученная путем механического лизиса 13 бактерий. При механическом лизисе полностью сохраняются антигенные структуры возбудителя. Активируется быстрая защита в течение 2-4 недель от начала приема (фагоцитоз, лизис) и длительная защита (несколько лет, специфические IgA, M, G и B-лимфоциты).

В своей работе мы решили применить одновременно по два разных (по механизму производства) иммуномодулятора при лечении хронического синусита и сравнить эффективность разработанного метода по отношению к традиционной терапии. Диагноз устанавливался на основании общепринятых и доступных методов обследования (жалобы больного, риноскопия, анализы, МРТ пазух носа).

Под нашим наблюдением находилось 60 больных с хроническим гайморитом, которые были разделены на три группы, по 20 больных в каждой. Возрастной аспект был от 18 до 62 лет. В первую основную группу (20 больных) в схему лечения входил ИРС-19. Данный препарат применяли по 1 впрыскиванию в нос до 5 раз в день в течение двух недель. Во вторую основную группу (20 больных) вошли пациенты, которые наряду с ИРС-19 применяли ИСМИЖЕН согласно инструкции.

В контрольную группу (20 больных) вошли больные, которые проходили традиционную терапию (антибиотики, деконгестанты, антигистаминные препараты, муколитики, физ. процедуры, санации пазух по Проетцу и ирригационная терапия).

Оценивая положительную динамику при лечении данной патологии, можно сделать вывод, что в контрольной группе больных через месяц было обострение у 4 больных, в первой

основной группе у 2 больных, во второй основной не было. Через 6 месяцев в контрольной группе обострение наблюдалось у 6 больных, в первой основной – у 3 пациентов, во второй основной не было. Через год в контрольной группе обострение отмечено у 10 больных, в первой основной группе – у 8 больных, во второй основной группе только у 1 больного.

© С.В. Андреев, М.С. Чернявская, 2015

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что использование иммуномодуляторов при лечении хронических синуситов дает положительный эффект. Наиболее эффективный метод лечения отмечается при совместном приеме бактериальных лизатов, полученных разными механизмами лизиса (механический и химический).

Ю.М. АНДРЕЙЧИН, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, В.І. ОМЕЛЯШ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

КРОВОТЕЧА В ЗВ'ЯЗКУ З ТОНЗИЛЕКТОМІЄЮ У ДІТЕЙ, ОПЕРОВАНИХ ПІД ЕНДОТРАХЕАЛЬНИМ НАРКОЗОМ

Проблема хронічного тонзиліту у дітей залишається вельми актуальною, що пояснюється частотою цієї патології (страждає 10-12% дітей), зв'язку її з іншими органами і системами організму (метатонзиллярні ускладнення), ускладненням у вигляді інтраопераційної, ранньої і пізньої післяопераційної кровотечі. Нерідка інтраопераційна, рання і пізня післяопераційна кровотеча при тонзилектомії зставляє відноситись до цієї операції досить серйозно. Очевидним є те, що небезпека кровотечі тривання присутня у відкритій рані (дужки без показань не зашивають, виходячи з фізіологічних особливостей горла) (М.І.Говорун, П.А. Паневин, 2006). В останні роки намічена тенденція до збільшення частоти інтраопераційної, ранньої і пізньої післяопераційної кровотечі при тонзилектомії у дітей.

Нами проведено дослідження частоти інтраопераційної, ранньої і пізньої кровотечі при

двобічній тонзилектомії у 18 дітей, оперованих під ендотрахеальним наркозом за останні 5 років в умовах ЛОР-відділення Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні. Тонзилектомія виконувалась з приводу декомпенсованого хронічного тонзиліту. Вік оперованих дітей від 7 до 18 років. Оцінювали наявність інтраопераційної, ранньої і пізньої післяопераційної кровотечі. Частота ускладнення у вигляді інтраопераційної горлової кровотечі спостерігалась у 1 дитини, пізньої – також у 1 дитини. Ранньої післяопераційної кровотечі не було.

Таким чином, частота інтраопераційної і пізньої післяопераційної кровотечі при тонзилектомії у дітей, оперованих в ЛОР – відділенні Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні під ендотрахеальним наркозом, мала місце у 2 із 18 оперованих дітей. У 1 дитини вона була інтраопераційною і у 1 – післяопераційною пізньою.

© Ю.М. Андрейчин, В.Г. Корицкий, В.І. Омеляш, 2015

*Ю.М. АНДРЕЙЧИН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, В.В. НІКОЛОВ,
А.І. ГАБУРА, І.В. ШЕВАГА, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ
(ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

КОНЦЕПЦІЇ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СИНУСИТІВ

Проблема лікування осіб з запальними захворюваннями приносних пазух залишається актуальною і до кінця не вирішеною. Про актуальність цієї проблеми свідчать наукові і практичні публікації, присвячені пошуку більш ефективних методів терапії як в минулі, так і в останні роки. Часті рецидиви синуситів і низька

ефективність консервативних і хірургічних методів лікування, можливість розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень, відповідні труднощі діагностики роблять проблему лікування синуситів вельми актуальною. Актуальність проблеми лікування осіб на екссудативні синусити зумовлюється не тільки частотою їх

виникнення, тяжкістю перебігу, розвитком часто рецидивних форм, які набувають хронічний характер, але і тим, що застосовувані в практиці засоби і методи терапії нерідко виявляються недостатньо ефективними. Навіть, використовуючи сучасні лікарські препарати, не завжди можна повністю вирішити проблему ефективності лікування хворих на ексудативний синусит.

Успішно лікувати запальні захворювання приносних пазух можна лише з урахуванням етіології, характеру запального процесу і мікробної флори індивідуально у кожного хворого. Для лікування синуситів надзвичайно важливо не тільки установлення форми захворювання, але і його специфіки. Це, перш за все, відноситься до характеру інфікуючого агента. При наявності бактерійної флори необхідно точно визначити, який вид бактерій є патогенним (стрептокок, стафілокок, синьогнійна паличка тощо). Відповідних методів терапії вимагають синусити, викликані анаеробною флорою, а також грибові ураження приносних пазух і вірусні синусити. Крім характеру інфікуючого агента, необхідно установити особливості запального процесу: є він банальним чи носить алергійний характер. Доцільно провести багатопланове мікробіологічне дослідження вмісту пазух, імунологічне і алергійне обстеження хворих, гістологічне дослідження слизової оболонки пазух. В цьому випадку вельми зручною є ендоназальна біопсія, що проводиться методом пункції чи зондування пазух. Неодмінною умовою успішності лікування синуситів є терапія всіх уражених пазух. Тому до початку складання плану лікування необхідно установити стан всіх приносних пазух. Визначальним моментом в виборі методу лікування синуситів є клінічний перебіг патологічного процесу. В лікуванні хворих на синусити перед лікарем стоять дві основні задачі: 1) відновлення функції співустя приносних пазух; 2) придушення інфекції. Принципово всі відомі методи лікування даної патології скеровані на вирішення цих двох задач.

Вузловими моментами ефективної терапії осіб на синусити є санація джерела інфекції (А.А. Лайко, 2008), корекція порушеного місцевого і системного імунітету (Ю.И. Гладуш, Л.Р. Джурко, 1999), активація ферментативного фібринолізу (С.А. Левицька і співавт., 2001), покращення дренажної функції миготливого епітелію слизової оболонки приносних пазух (А.А. Лайко, 2008). Лікування хронічних синуситів залежить від локалізації і форми процесу, етіологічного фактора, наявності чи відсутності загострення. Обов'язковим компонентом лікування синуситів є хірургічна корекція патології носа і носової частини горла, що утруднює носове

дихання і погіршує аерацію приносних пазух (підслизова резекція перегородки носа, резекція гіпертрофованих частин середньої носової раковини, бульозної середньої носової раковини, ультразвукова дезінтеграція носових раковин, видалення аденоїдних вегетацій), скерована на нормалізацію носового дихання і аерацію приносних пазух, усунення факторів, що сприяють розвитку синуситів. Час операції визначається перебігом синуситу. При гострому і загостреному хронічному синуситі хірургічне втручання слід проводити після ліквідації гострих явищ і явищ загострення, тобто після проведеного консервативного лікування синуситу. На думку Ф. Тишка і Д. Тишка (2001), підслизову резекцію перегородки носа і аденотомію слід проводити не раніше ніж через 3-4 тиж після ліквідації гострого синуситу, коли кількість М-патологічних субстанцій (носіїв вірулентності) мікроорганізмів зменшиться до мінімуму. З цією концепцією не можна не погодитись. Аденотомія за наявності гострого верхньощелепного синуситу може викликати небажані наслідки. Аденотомія в 15-20% випадків сприяє ліквідації запалення в приносних пазухах навіть без консервативного лікування синуситу (Д.И. Тарасов, 1976). А.С. Юнусов і В.П. Бикова (1988) порівнювали аденоотомію першим і другим етапом (після лікування верхньощелепного синуситу) і установили, що при аденоотомії першим етапом лікування синуситу було менш тривалим. Однак автори відмічають, що аденоотомія першим етапом протипоказана при гострих формах верхньощелепного синуситу з високою температурою тіла і явищами інтоксикації, вираженим лейкоцитозом. При хронічних катаральних синуситах хірургічні втручання на перегородці носа, носових раковинах, горловому мигдалику повинні передувати консервативному лікуванню синуситу, оскільки з відновленням дихальної функції носа і аерації приносних пазух простіше добитись їх санації.

Дані ендоскопічних досліджень стверджують, що приносні пазухи одного боку сполучаються між собою кістковими каналами (Ю.А. Хлыстов и соавт., 1989; Draf, 1973), які дозволяють досить швидко розповсюджуватись запальному процесу. А.Г. Волков (2000) спостерігав хворих на гемісинусити, у яких під час промивання лобових пазух через канюлі, установлені в них при трепанопункції, промивна рідина поступала з голок Куликовського, уведених у верхньощелепну пазуху, і навпаки. Для підвищення достовірності цього факту в один час промивання в лобову пазуху автор нагнітав розчин барвника, який відразу ж починав виділятися з голки Куликовського, уведеної у верх-

ньощелепну пазуху цього ж боку. На наступний день пробу з барвником повторював, але препарат уводив у верхньощелепну пазуху, а виділення його відбувалось з канюлі лобової пазухи, правда, не так інтенсивно. Одержані автором результати указують на можливість прямого зв'язку між лобовою і верхньощелепною пазухою у деяких хворих, хоча не виключена і можливість руху рідини в межах остіомеатального комплексу через комірочки решітчастого лабіринту. При хронічному гнійному синуситі без загострення хірургічні втручання на перегородці носа, носових раковинах, горловому мигдалику слід виконувати після ліквідації гнійних виділень із приносних пазух. Рання операція на перегородці носа, носових раковинах, горловому мигдалику має профілактичне значення: вона створює умови для попередження хронічного запалення в приносних пазухах. У разі одонтогенних форм запалення верхньощелепної пазухи лікування варто починати з санації ушкоджених зубів, що само собою може призвести до припинення запального процесу в пазусі.

Найбільші труднощі в лікуванні хронічних синуситів представляють випадки, коли в патологічний процес втягується одночасно декілька приносних пазух, тобто коли захворювання перебігає в формі полісинуситу. Саме ця патологія, за сучасними даними, є найбільш розповсюдженою і складає біля 75% від загального числа запальних захворювань приносних пазух (В.Т. Пальчун и соавт., 1982). В лікуванні синуситів застосовуються консервативні і хірургічні методи. Консервативному лікуванню підлягають екссудативні форми запалення приносних пазух (катаральні, серозні, гнійні), хірургічному – гнійно-поліпозні, поліпозні. Хірургічне лікування також показане при гнійних синуситах у випадках, коли консервативна терапія є неефективною, у разі підозри чи наявності орбітальних або внутрішньочерепних ускладнень синуситів.

В теперішній час серед клініцистів переважає консервативний підхід до тактики лікування синуситів. Це зумовлено, з одного боку, появою і застосуванням в практиці високоефективних і безпечних антимікробних засобів, а з іншого, – поривом оториноларингологів максимально зберегти архітекtonіку і анатомо-фізіологічні особливості уражених приносних пазух і власне порожнини носа. Ефективність консервативних методів терапії в значній мірі залежить від точності визначення форми синуситу і специфіки запального процесу в пазухах. Консервативне лікування переслідує мету ліквідувати запальне вогнище в приносних пазухах, відновити фізіологічну їх функцію, змінити загальну і місцеву реактивність організму шляхом дії як на приносні пазухи, так і на весь організм.

В нинішній час існує велика кількість методів консервативного лікування синуситів. Деякі з них представляють лише історичний інтерес, багато отримали широке визнання і з успіхом застосовуються на протязі десятиліть. В останні роки запропоновано багато нових препаратів для консервативної медикаментозної терапії синуситів. Однак пошуки в цьому напрямку продовжуються, в результаті чого арсенал консервативних способів лікування даного захворювання постійно поповнюється найновішими, більш раціональними методами. Існуючі способи лікування синуситів доцільно систематизувати. Якщо в основу класифікації покласти місце прикладання і скерованість дії лікувальних агентів, то існуюче консервативне лікування синуситів можна поділити на такі методи: 1) методи загальної дії на організм; 2) методи місцевого медикаментозного лікування; 3) фізичні методи лікування; 4) кліматолікування і санаторно-курортне лікування; 5) лікувальна фізкультура.

Такі концепції консервативного лікування синуситів.

© Ю.М. Андрейчин, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, В.В. Ніколов, А.І. Гавура, І.В. Шевага, Т.В. Чортківський, 2015

*Ю.М. АНДРЕЙЧИН, О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, А.І. ГАВУРА, І.В. ШЕВАГА, І.Я. ВІВЧАР
(ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, КОПИЧИНЦІ, УКРАЇНА)*

КЛІНІЧНА КАРТИНА І МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ У ДОРОСЛИХ

Аденоїдні вегетації у дорослих зустрічаються рідко. Слід відмітити, що клінічна картина аденоїдних вегетацій у дорослих дещо відрі-

зняється від такої у дітей. Скарги у дорослих порівняно зі скаргами у дітей з даною патологією в більшості випадків бувають неповними

(утруднення носового дихання, закладеність носа, постійний нежить). В процесі обстеження дорослих вдається зафіксувати симптоми, не завжди притаманні аденоїдним вегетаціям (гіперемію і набряк слизової оболонки носової порожнини, виділення з носа). Разом з тим, рідко відмічаються симптоми, характерні для аденоїдних вегетацій у дітей (аденоїдний вигляд обличчя, відкритий прикус, головний біль, гугнявість, нічне хропіння, апное, нічний енурез). Єдиним симптомом аденоїдних вегетацій у дорослих ми відмічали утруднення носового дихання. Аденоїди у дорослих іноді можуть симулювати пухлину носової частини горла. Для діагностики аденоїдних вегетацій ми використовували передню і задню риноскопію, огляд порожнини носа і носової частини горла дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ, а також пальцеве дослідження носової частини горла. При передній риноскопії рідко спостерігались симптоми, характе-

рні для аденоїдів при цьому методі дослідження: широкі носові ходи, наявність аденоїдів. При задній риноскопії відмічали наявність збільшення горлового мигдалика того чи іншого ступеня. Слід відмітити, що на відміну від дітей, у дорослих частіше аденоїдні вегетації були менших ступенів (I, II). Пальцеве дослідження давало уявлення про консистенцію тканини в носовій частині горла. Крім того, цей метод дослідження дає можливість провести диференційну діагностику між аденоїдними вегетаціями і юнацькою ангіофібромою основи черепа.

Таким чином, при аденоїдних вегетаціях у дорослих спостерігаються не всі симптоми, характерні для аденоїдів у дітей. Аденоїдні вегетації у дорослих частіше бувають менших розмірів, ніж у дітей. Діагностика аденоїдних вегетацій у дорослих не представляє значних труднощів. Однак, слід пам'ятати, що у дорослому віці вони можуть симулювати пухлину носової частини горла.

© Ю.М. Андрейчин, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, А.І. Гавура, І.В. Шевага, І.Я.Вівчар, 2015

*М.П. БАГРІЙ, М.П. РОЖОК, В.В. НІКОЛОВ, О.І. ШИЛО, О.М. ШКОЛЬНА
(СТОРОЖИНЕЦЬ, МИКОЛАЇВ, ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ, УКРАЇНА)*

ГЕКСАСПРЕЙ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДОРΟΣЛИХ

Ми застосували Гексаспрей в місцевому лікуванні гострого фарингіту у 24 дорослих хворих.

Хворі були розподілені на дві групи: основну (14 хворих) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Пацієнти основної групи отримували Гексаспрей і загальноприйняте лікування, контрольної – загальноприйняте лікування. Гексаспрей призначали згідно інструкції: по 2 зрошення ротової порожнини 3 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими та фарингоскопічна картина. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів фарингіту у хворих основної групи. Скарги на біль у горлі, кашель, першіння у горлі, відчуття сухості і стороннього тіла у горлі у хворих, що приймали Гексаспрей, пос-

тупово зникли через 3-4 дні у 12 хворих. Решта 2 пацієнти відмічали зменшення неприємних відчуттів у горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка була рожевою, нормальної консистенції. У хворих контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше – до 6-7-го дня лікування. Нестерпності Гексаспрею, алергійних реакцій та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного хворого.

Таким чином, застосування Гексаспрею в місцевому лікуванні гострого фарингіту у дорослих значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Гексаспрей добре переноситься хворими, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії гострого фарингіту у дорослих.

© М.П. Багрій, М.П. Рожок, В.В. Ніколов, О.І. Шило, О.М. Школьна, 2015

НАШ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ НА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХАХ НОСА

Патологія приносних пазух, а особливо хронічні запальні захворювання уражають значну частину населення. За даними різних авторів частота їх коливається від кількох одиниць до десятка відсотків, і є серйозною економічною проблемою. Основа патофізіології захворювання приносних пазух лежить в патологічних змінах остеомеатального комплексу. Це анатомо-функціональний блок де дренується передня група приносних пазух.

Основна ідеологія методів ендоскопічної хірургії-максимальне щадіння слизової оболонки порожнини носа, анатомії внутрішньоносових структур і одночасне забезпечення адекватного дренажу, вентиляції приносних пазух, шляхом локальних обмежених хірургічних втручань під постійним візуальним контролем. Тому хірургія в цій області називається функціональна, в англійській літературі використовується термін FESS – функціональна ендоскопічна хірургія пазух.

З 2009 по 2014 рік на базі ЛОР відділення Львівської обласної клінічної лікарні на науково медичного центру Святої Параскеви було виконано 241 функціонально-ендоскопічних втручань на приносних пазухах. Вік наших пацієнтів коливався від 7 до 72 років.

Основна група наших пацієнтів 74 осіб з поліпозним пансинуситом з розростанням поліпів в загальний носовий хід, передні та задні етмоїдальні клітини, клиновидну, верхньощелепну та лобну пазухи.

Велику групу складали особи з хронічним захворюванням верхньощелепних пазух. В 51 особи було поліпозне ураження пазухи, серед них в 39 поліпи поширювалися в середній носовий хід. 29 людей були оперовані з приводу кисти верхньощелепної пазухи. Значну частину наших пацієнтів (60 осіб) становили люди з одонтогенним верхньощелепним синуситом. Причому у 43 в пазусі був сторонній матеріал – пломбувальний матеріал.

Найменшу групу складали особи з ізольованою патологією етмоїдальних та клиновидних пазух. В 15 осіб було виявлене обмежене піоцелі етмоїдальних клітин. У 8 оперованих – піо-

целі клиновидної пазухи, а в 3 – киста клиновидної пазухи.

Одна пацієнтка була оперована з приводу інвертованої папіломи.

Перед плануванням оперативного втручання обов'язково проводилась комп'ютерна томографія в трьох проекціях. Метою комп'ютерної томографії окрім встановлення поширення патологічних змін, було вивчення особливостей анатомії носа, приносних пазух та навколоносних органів кожного пацієнта, що давало можливість уникати ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді. Всі операції проводились лише під загальним знечуленням з корегованою гіпотонією. Крім того, для забезпечення мінімальної крововтрати та чистоти оперативного поля безпосередньо перед початком оперативного втручання виконувалась анемізація носових ходів 0.1% розчином адреналіну.

В після операційному періоді пацієнт перебував в стаціонарі від 24 до 48 годин. Лише 15 осіб перебували більше (від 3 до 7 діб) у зв'язку з розвитком післяопераційної кровотечі. Всім пацієнтам на протязі 7 днів після операції призначались місцеві деконгестанти, в подальшому – топічні кортикостероїди. Мінімальний термін використання топічних кортикостероїдів становив 30 днів. При підтвердженні алергічної природи синуситу топічні кортикостероїди використовувалися триваліший час в поєднанні з антигістамінними препаратами. Такі пацієнти обов'язково консультовані лікарем алергологом до та після оперативного лікування. Всі оперовані проходили тривале амбулаторне спостереження, на протязі першого місяця щотижня, в подальшому один раз на місяць.

Функціонально ендоскопічна хірургія є ощадливою по відношенню до слизової оболонки носа і одночасно забезпечує адекватний дренаж і вентиляцію приносних пазух, що є важливим для швидкого відновлення функції носа. За рахунок малоінвазивності легше переноситься пацієнтами, термін перебування оперованих осіб в стаціонарі значно скорочується, і це є дуже актуальним в світлі початку реформи системи охорони здоров'я України.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПОЛІСНО-ВОСКОВОЇ ПАСТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Ми застосували прополісно-воскову пасту шляхом введення в лакун піднебінних мигдаликів для лікування хворих на хронічний тонзиліт. Лікування проводилось в поліклінічних відділеннях Волочиської центральної районної лікарні (нині Волочиська ЦКРЛ) Хмельницької області і Тернопільської обласної клінічної лікарні (нині КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»). Під нашим спостереженням знаходилось 388 хворих (164 чоловіки і 224 жінки) віком від 8 до 63 років з тривалістю захворювання від 2 до 20 років. У всіх пацієнтів мала місце компенсована форма хронічного тонзиліту. Більшість хворих раніше лікувались різними методами без особливого успіху. У всіх хворих попередньо з'ясовували індивідуальну стерпність прополісу шляхом нанесення невеликої кількості пасти на слизову оболонку м'якого піднебіння чи піднебінних мигдаликів і спостерігали за хворими на протязі 30 хв. Поява гіперемії і інфільтрації на місці аплікації пасти слугувала протипоказанням до застосування прополісно-воскової пасти. Із 388 хворих, яким була поставлена така біопроба, алергійні реакції спостерігали тільки у двох (0,51%). Природно, що цих двох пацієнтів на лікування не брали. Тому було проліковано 386 хворих.

Позитивний лікувальний ефект був відмічений у 377 хворих (97,7%). У них піднебінні мигдалики зменшились в об'ємі, зникли із лакун корки і гній, неприємний запах з рота, неприємні відчуття в горлі, зменшилась гіперемія піднебінних дужок, нормалізувалась температура тіла, не спостерігались чи стали рідкісними

ми ангіни. Покращення самопочуття хворих, як правило, поєднувалось з покращенням чи нормалізацією показників лабораторних тестів. Відмічені до лікування у ряду хворих зміни показників крові (лейкоцитоз, підвищена ШОЕ) нормалізувались. При бактеріологічному дослідженні вмісту лакун піднебінних мигдаликів відмічалось зменшення чи повне зникнення мікроорганізмів. Ми не спостерігали алергійних реакцій в процесі лікування прополісно-восковою пастою.

Таким чином, внутрішньолакунарне введення прополісно-воскової пасти є ефективним і надійним методом консервативного лікування хворих на хронічний компенсований тонзиліт. Цінною властивістю прополісно-воскової пасти є виражена протимікробна дія. В порівнянні з пастами, що містять антибіотики, при лікуванні прополісно-восковою пастою не спостерігається резистентності бактерій до застосовуваного лікарського середника. Прополісно-воскову пасту немає необхідності підігрівати перед застосуванням. В процесі затвердіння в ній утворюються пори, що збільшує площу дотикання пасти з вмістом лакун мигдаликів за рахунок її адсорбційних властивостей, а це значно підвищує лікувальну ефективність пасти і також мало утруднює дренажну функцію лакун піднебінних мигдаликів. Простота і доступність методу лікування хронічного компенсованого тонзиліту прополісно-восковою пастою дозволяє рекомендувати його оториноларингологам для лікування таких хворих. Лікування проводиться в поліклінічних умовах.

© Д.В. Береговий, Г.С. Протасевич, У.Р. Дужик, 2015

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

В нашей клинике в течении последних 11 лет находилось под наблюдением 34 пациента. Основной жалобой обследуемых – было истечение прозрачной жидкости из правой или левой половины носа. Эта проблема заставляла пациентов обратиться за консультацией к ЛОР-врачу. Во время первичного осмотра собирался анамнез заболевания, данные об оперативных вмешательствах в полости носа, наличие череп-

но-мозговых травм. Для диагностики назальной ликвореи пациенту предлагалось собрать капаящую жидкость из полости носа для определения уровня глюкозы. При наличии глюкозы диагноз подтверждался. В противном случае можно было думать о вазомоторном или аллергическом рините. Для уточнения дальнейшей тактики лечения пациент направлялся на консультацию к нейрохирургу, который и рекомен-

довал оперативное лечение. Успех хирургического лечения зависел от точного определения локализации ликворной фистулы. Наибольшую диагностическую ценность имели исследования КТ-цистернография – или МРТ- цистернография, а также эндоскопия полости носа которые позволяли четко определить локализацию, число ликворных фистул и размеры костного дефекта. При определении дефекта решетчатой кости или стенки клиновидной пазухи проводилась эндоскопическая эндоназальная операция с закрытием ликворной фистулы со стороны полости носа совместной бригадой нейрохирургов и оториноларингологов.

На базе КУ «Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова» в период с 2003 по 2014гг было прооперировано 34 больных – у 14 ликворная фистула находилась в клиновидной пазухе, у 20 в решетчатой кости.

Все оперативные вмешательства производились под общим обезболиванием ЭТМ. В случае локализации дефекта в стенке клиновидной пазухи, выполнялась эндоназальная эндоскопическая сфенотомия и под контролем оптической системы четко визуализировался дефект костной стенки с истечением ликвора. Место дефекта закрывалось Тахокомбом. После чего полость пазухи плотно тампонировалась жировой тканью. В полость носа устанавливался тампон Мероцель. После операции проводилось наружное люмбальное дренирование. Тампон из полости носа удалялся на 2-3 сутки после операции. Длительность люмбального дренирования контролировалось врачом нейрохирургом.

Средние сроки нахождения в стационаре больного составляли от 10 до 14 суток.

При определении дефекта в области решетчатой кости под контролем эндоскопа визуализировалось место ликворной фистулы, которая закрывалась Тахокомбом, после чего выполнялась латеропозиция средней носовой раковина для фиксации Тахокомба и в полость носа устанавливался тампон Мероцель. После операции проводилось наружное люмбальное дренирование. На стационарном лечении пациент находился в нейрохирургическом отделении, Тампон из полости носа удалялся на 2 -3 сутки после операции. Длительность люмбального дренирования назначалось врачом нейрохирургом. Средние сроки нахождения в стационаре больного составляли от 10 до 14 суток.

Проведение МРТ или СКТ цистернографии, использование эндоскопической техники в ходе операции дает возможность точно ориентироваться в полости носа с четкой визуализацией места хирургического вмешательства и позволяет максимально сохранить внутриносовые структуры с хорошими отдаленными послеоперационными результатами, сокращает время проведения операции.

Из 34 пациентов прооперированных по поводу назальной ликвореи стойкий положительный результат отмечали 30 пациентов. У 4 пациента в раннем послеоперационном периоде (до 20 дней после операции) отмечали рецидив заболевания у 1 из решетчатой кости у 3 из клиновидной пазухи. Все пациенты повторно прооперированы с положительным результатом.

© В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова, Я.Б. Соколенко, 2015

В.В. БЕРЕЗНЮК, А.А. ЧЕРНОКУР (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО ЛАЗЕРА

Современная эндоларингеальная микрохирургия, в основе которой лежит использование функционально-щадящих методов хирургического лечения с применением высокотехнологичного медицинского оборудования, позволяет оптимизировать лечение при заболеваниях гортани, сопровождающихся стенозом и нарушением фонаторной функции. Указанные нарушения функций наиболее часто встречаются при паралитических стенозах гортани.

Актуальность хирургического лечения двухстороннего пареза возвратного нерва гор-

тани обусловлена тем, что значительная часть больных с этой патологией – лица речеголосовых профессий и для них функциональный результат операции определяет качество жизни, профессиональную пригодность.

Целью исследования являлось повышение эффективности хирургической реабилитации больных с двухсторонним парезом возвратного нерва гортани.

В течение 2009-2013 гг. под наблюдением в отделении отоларингологии находилось 23 больных с двухсторонним парезом п. recurrens.

Основную группу составили 13 больных (все – женщины, в возрасте от 42 до 65 лет) У всех пациенток в анамнезе была проведена струмэктомия по поводу опухоли щитовидной железы. Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет. Заместительная гормональная терапия, на момент оперативного лечения, была скорректирована у всех пациенток. Разделительная функция глотки была сохранена у всех больных. У 4 больных фоновым заболеванием была артериальная гипертензия, у 3 – сахарный диабет. 7 больных были канюленосителями.

В контрольной группе находились 10 больных (все – женщины, в возрасте от 40 до 62 лет) с двухсторонним парезом возвратного нерва гортани, которым ранее проводилось хирургическое лечение с применением эндоларингеального доступа.

При видеоларингоскопии у всех пациенток основной группы было диагностировано срединное положение голосовых складок, размер голосовой щели не превышал 2-4 мм.

Всем больным основной группы была выполнена лазерная вапоризация одной голосовой складки при выходной мощности лазерного излучения аппарата в непрерывном режиме в диапазоне от 4 до 6 Вт. Оперативное лечение про-

водилось под общим обезболиванием с аппаратной вентиляцией через трахеостому у канюленосителей и с применением оротрахеальной интубации у остальных пациентов.

В послеоперационном периоде все больные были деканюлированы и получали курс эндоларингеальных противовоспалительных ингаляций. В трёх случаях у канюленосителей трахеостома закрывалась самостоятельно, у остальных пациенток проводилось закрытие трахеостомы на 4-5-е сутки.

После стихания послеоперационных воспалительных явлений в гортани больные проходили курс фонопедических упражнений.

Для оценки состояния дыхательной функции в послеоперационном периоде больным проводилась спирометрия.

Вывод.

Применение полупроводникового лазера в фонохирургии у больных с двухсторонним парезом гортани позволяет более эффективно восстановить компенсированное дыхания через естественные дыхательные пути по сравнению с контрольной группой пациентов и сохранить хорошую голосовую функцию у 76,9% пациентов по сравнению с контрольной группой (60,0%).

© В.В. Березнюк, А.А. Чернокур, 2015

О. БРЕДУН, А. КАРАСЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ ДІТЕЙ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОНЗИЛІТІ ТА ГІПЕРТРОФІЇ. ЕЛЕКТРОННО-МІКРОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Описана велика кількість досліджень по гіпертрофії піднебінних мигдаликів (ГМ) і хронічному тонзиліту (ХТ), але порівняльна характеристика цих патологічних станів на електронно-мікроскопічному рівні в дитячому віці в літературі представлена недостатньо.

Автори за допомогою електронної мікроскопії (ЕМ) дослідили відмінності в структурі піднебінних мигдаликів дітей при їх різному патологічному стані. Дослідження проводились на базі лабораторії біофізики ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». Для дослідження використовували піднебінні мигдалики, що були видалені під час хірургічного втручання у 34 пацієнтів з діагнозом «гіпертрофія піднебінних мигдаликів» і «хронічний тонзиліт». Вік пацієнтів коли-

вався у межах 3-8 років з діагнозом ГМ, та 7-15 років з діагнозом ХТ.

Для електронно-мікроскопічних досліджень шматочки тканини мигдаликів подрібнювали до 1 мм³, фіксували у 2% розчині глутаральдегіду на фосфатному буфері при рН 7,2-7,4 впродовж 18-24 годин й у 1% розчині тетраоксосульфату за Моллінгом впродовж години з наступною дегідратацією в етанолі та з поступовим підвищенням концентрації від 50% до 100%. Наступним етапом шматочки тканини оброблювали ацетоном в розведенні 1:1 з епоном 812 та ардалітом впродовж 18-24 годин з наступною полімеризацією при 35-45-600С впродовж 18-24 годин при кожній температурі. Отримані блоки різали на ультрамікротомі ЛКБ-8801А. Напівтонкі зрізи товщиною до 2000 Å фарбували толуї-

диновим синім та переглядали для відбору на оптичному мікроскопі. Отримані в подальшому ультратонкі зрізи товщиною 500-700 Å монтували на електролітичні сіточки без підкладок, контрастували цитратом свинцю за Рейнольдсом та уранил-ацетатом. Перегляд і фотофіксацію зрізів проводили за допомогою електронного мікроскопа ЕМВ 100-АК при прискорюючій напрузі 75 кВ та збільшенні 8000-30000.

При ЕМ-дослідженні поверхневого епітелію піднебінних мигдаликів пацієнтів з ГМ визначається нещільне з'єднання між клітинами за допомогою десмосом. У цитоплазмі у великій кількості знайдено рибосоми та рибосомальні розетки, що свідчить про високий рівень метаболічних процесів. Також в наявності кровоносні капіляри з еритроцитами в просвіті останніх, периваскулярний набряк. У цитоплазмі ендотеліальних клітин визначаються багато піноцитозних пухирців й війки, що свідчить про високий рівень функціональної активності. При ЕМ-дослідженні лімфоїдної тканини піднебінних мигдаликів пацієнтів з ГМ визначаються плазматичні клітини з дуже розвиненою шершавою ендоплазматичною сіткою.

При ЕМ-дослідженні поверхневого епітелію піднебінних мигдаликів у пацієнтів з ХТ визначається щільне з'єднання клітин між собою за допомогою десмосом. В цитоплазмі по-

динокі рибосоми та рибосомальні розетки та різні осьміофільні включення, що свідчить про низький рівень метаболічних процесів. Також в лімфоїдній тканині піднебінних мигдаликів розташовані судини в просвіті яких поодинокі еритроцити. Периваскулярний набряк відсутній. В цитоплазмі ендотеліальних клітин визначаються поодинокі піноцитозні пухирці та вакуолі, що свідчить про низький рівень функціональної активності.

Таким чином, проведені порівняльні електронно-мікроскопічні дослідження піднебінних мигдаликів пацієнтів з ГМ та ХТ показали, що при ГМ визначається виражена гіпертрофія поверхневого епітелію, також епітелію крипт та лімфоїдних фолікулів порівнянні з ХТ. Збільшення кількості плазматичних клітин та їхня активна ЕМ-структура ендоплазматичного ретикулума при ГМ є віддзеркаленням стану місцевого імунітету та імунної системи в цілому. Отримані дані свідчать про визначену динаміку структурних змін в піднебінних мигдаликах при їх гіпертрофії та при хронічному запаленні. Приймаючи до уваги уявлення про імуномодуючий вплив епітелію на розвиток захисних процесів в піднебінних мигдаликах, потовщення епітелію та функціональний стан ендотеліальних клітин можна розглядати як прояв однієї з захисних функцій тканини.

© О. Бредун, А. Карась, 2015

*В.М. ВАНЧЕНКО, Я.І. ГЕНИК, Н.А. КОМАШКО, Н.М. КУДЕРСЬКА, Г.В. СЕМЕНИШИН
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ТА ІМУНОСТИМУЛЮЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕС-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Актуальність проблеми TORCH-інфекцій пов'язана з декількома аспектами: велика поширеність їх серед дорослого та дитячого населення, простота та різноманітність у реалізації механізмів передавання, тяжкі, іноді незворотні наслідки після перенесеного захворювання. Унікальність цих інфекцій полягає як в особливостях їх клінічного перебігу, здатності до довічного персистування, так і у викривленні імунної відповіді з формуванням вторинного імунодефіцитного стану [4-7].

В ЛОР-практиці найбільш актуальною є група герпес-вірусів, особливо 4 (вірус Епштейна-Барр) та 7 (являється імовірною причиною синдрому хронічної втоми) типів, які володіють тропізмом до лімфоїдної тканини [1, 3].

На даний час розроблено безліч схем консервативного лікування пацієнтів з хронічною герпес-вірусною інфекцією, однак деякі аспекти залишаються недостатньо висвітленими. До типової схеми лікування нами було додано препарат Ізопринозин, який використовується в світовій медичній практиці з початку 1970 р. Він зареєстрований в 73 країнах світу. Хімічно Ізопринозин є похідним пурину, тому метаболізується по циклу, типовому для пуринових нуклеотидів, з утворенням сечової кислоти, і виводиться нирками протягом 48 годин. Фармакологічна дія Ізопринозину пов'язана з пригніченням синтезу ДНК і мРНК вірусів в рибосомі клітин, активацією Т-лімфоцитів (причому він навіть блокує переважну дію на них глюкокортикої-

дів), із стимуляцією клітин, що фагоцитують (завдяки активації в них біохімічних процесів). Окрім клітинного імунітету препарат активує синтез протівірусних білків-інтерферонів [2].

Матеріали і методи. Нами проведено обстеження та лікування 50 пацієнтів з хронічною герпес-вірусною інфекцією (4 та 7 типи). Найбільш частими скаргами серед обстежених хворих були першіння, відчуття «комка» в горлі, відчуття «стікання» по задній стінці глотки, рецидивуючі риніти, фарингіти, синусити, тонзиліти, часті ГРВІ, частий вечірній субфебрилітет і поліаденопатія лімфовузлів задньої шийної групи, загальна слабкість, швидка втомлюваність. З анамнезу захворювання пацієнтів хронічною герпес-вірусною інфекцією стало відомо, що хворіють протягом тривалого часу (від 4 до 10 і більше років), неодноразово лікувались амбулаторно і стаціонарно без ефекту.

Інфікування герпес-вірусами 4 та 7 типів встановлювали на основі імуноферментного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції.

Хворі були розподілені на 2 групи. Перша група пацієнтів отримувала стандартний курс

етіотропного та симптоматичного лікування. Другій групі пацієнтів в схему лікування було додатково включено Ізопринозин в дозі 500 мг на 10 кг ваги тіла на добу протягом 10 днів. Оцінюючи результати слід відмітити, що клініко-серологічний ефект від лікування у пацієнтів другої групи був значно вищим ніж у першої. У пацієнтів другої групи відзначено більш інтенсивний регрес симптомів захворювання, та тривалий період ремісії. Слід зазначити, що одночасно з вірусологічним був також досягнутий імунологічний ефект: підвищилося число Т-лімфоцитів.

Таким чином, прийом Ізопринозину послаблює симптоми герпес-вірусної інфекції, скорочує час хвороби, запобігає ускладненням і відновлює ослаблений імунітет, є препаратом багатоцільового впливу, окрім прямої протівірусної дії він володіє імуномодуючим та енерготропним ефектами. Вживання препарату при лікуванні герпес-вірусної інфекції дозволяє зменшити потребу в призначенні інших лікарських засобів та знизити медикаментозне навантаження на організм.

© В.М. Ванченко, Я.І. Генік, Н.А. Комашко, Н.М. Кудерська, Г.В. Семенишин, 2015

*В.М. ВАНЧЕНКО, Я.І. ГЕНИК, Н.А. КОМАШКО, Н.М. КУДЕРСЬКА
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ СЕПТОПЛАСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ОБМЕЖЕНИМ ВИКРИВЛЕННЯМ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ

Операції з приводу викривленої носової перегородки прогресували від радикального підслизового видалення хрящової та кісткової її частини до сучасних методів септопластики («еволюція» від резекції до пластики) [5-6]. В даний час проблему викривлення перегородки носа можна вирішити за допомогою сучасної ощадливої методики – ендоскопічної септопластики [1-4]. Від класичних операцій цей метод відрізняється малотравматичністю і безкровністю, відсутністю зовнішніх розрізів, набряків і післяопераційних рубців. Особливо даний метод актуальний при локалізації викривлень в задніх відділах носової перегородки, коли візуалізація патології обмежена, та деформацій у вигляді її гребенів та шипів [7-9].

Нами проведено обстеження та оперативне лікування 20 хворих з діагнозом: викривлення носової перегородки. У всіх пацієнтів викривлення було обмеженим та локалізувалось в основному в задніх кісткових відділах

носової перегородки. Даній групі пацієнтів проводилась ендоскопічна підслизова резекція фрагмента носової перегородки. Під контролем ендоскопа проводився розріз слизової перед місцем викривлення. Під контролем ендоскопа проводилось відшарування мукоперіосту, лише в ділянці викривлення, та видалення викривленого фрагменту. Групу порівняння складали 10 пацієнтів з аналогічною риноскопічною картиною, яким проводилась класична підслизова фрагментарна резекція носової перегородки. Оперативне втручання всім хворим проводилось під загальним знеболенням. Тампони з носової порожнини видалялись в 1-3 день після операції. Для тампонади використовувались носові тампони «Mergesel» (кровотеча після їх видалення у пацієнтів основної групи фактично не відмічалась). Спостерігаючи за обома групами пацієнтів в динаміці, можна відмітити наступне. У хворих, яким була проведена ендоскопічна септопластика відмі-

чалось більш швидко зникнення післяопераційного набряку слизової носової порожнини (в зв'язку з меншою площею інтраопераційної травматизації носової порожнини та застосуванням носових тампонів «Mergocel»), суб'єктивно закладеність носа після операції зменшувалась в менші терміни в порівнянні з пацієнтами контрольної групи. У віддаленому періоді у пацієнтів після ендоскопічної септо-

пластики значно менший ризик рубцевих післяопераційних ускладнень.

Отже, ендоскопічна септопластика дозволяє звести до мінімуму пошкодження хрящів і м'яких тканин носа, забезпечує чудовий естетичний результат і значно скорочує тривалість реабілітаційного періоду. Метод повністю відповідає загальноприйнятим світовим стандартам і успішно практикується.

© В.М. Ванченко, Я.І. Генік, Н.А. Комашко, Н.М. Кудерська, 2015

*В.М. ВАНЧЕНКО, П.Ф. ДУДІЙ, Н.А. КОМАШКО, Н.В. ВАНЧЕНКО
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

ПРОГНОЗУВАННЯ ОБ'ЄМУ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ЗА ДАНИМИ СКТ ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ

Спіральна комп'ютерна томографія принососових пазух (СКТ ДПН) є основним методом візуалізації синопназальної ділянки, що впливає на вибір хірургічної тактики лікування пацієнта. Однак, діагностика патології порожнини носа і принососових пазух далеко не єдине її призначення. При виконанні ендоскопічної ендоназальної риносинусохірургії оцінка даних комп'ютерної томографії є невід'ємним етапом передопераційної підготовки. Враховуючи високу варіабельність будови синопназальної ділянки, близьке розташування критичних анатомічних структур, відсутність постійних орієнтирів та складну просторову орієнтацію при використанні ендоскопічного доступу, вкрай важливо заздалегідь спланувати етапи операції, визначивши хірургічні орієнтири і подумки побудувавши тривимірну анатомічну модель порожнини носа конкретного пацієнта.

У відділенні мікрохірургії ЛОР органів ОКЛ м. Івано-Франківська проведено та проаналізовано дані 250 спіральних комп'ютерних томограм лицевого черепа хворих на патологію принососових пазух.

СКТ ДПН виконувалася на спіральному та мультиспіральному комп'ютерному томографі в аксіальній і коронарній проекціях, з послідовною побудовою MPR та 3D реконструкцій необхідних проекцій. Дані СКТ зберігали на електронних носіях та здійснювали оцінку на персональному комп'ютері із використанням програм для перегляду знімків з можливістю тривимірної реконструкції зображень: eFilm, K-Pacs, ClearCanvas Workstation.

Нами запропонований оптимальний алгоритм оцінки СКТ ДПН перед ендоскопічними

операціями на принососових пазухах, що включає 10 послідовних етапів: визначення достовірності даних КТ, оцінка положення перегородки носа, характеристика середніх носових раковин, характеристика гачкоподібного паростка, визначення анатомії верхньощелепної пазухи, оцінка будови медіальній і нижньої стінок орбіти, оцінка будови передніх клітин гратчастого лабіринту, лобної кишені і лобної пазухи, оцінка будови задніх клітин гратчастого лабіринту, клиноподібної пазухи, оцінка анатомії основи черепа. Кожен етап розділений на кілька частин, що дозволяють детально вивчити всі анатомічні орієнтири.

Розвиток ендоскопічної хірургії принососових пазух і основи черепа вимагає удосконалення методів діагностики та оцінки СКТ ДПН для забезпечення якісного та безпечного втручання. Якщо раніше здавалося достатнім оцінити дані КТ, надруковані на плівці, то на сьогоднішній день укр. важливо застосовувати сучасні комп'ютерні технології для перегляду і оцінки даних СКТ. Враховуючи високий ризик ятрогенних ускладнень при виконанні оперативних втручань на принососових пазухах, перед кожним втручанням необхідно ретельно оцінювати дані СКТ ДПН за стандартним планом для планування операції і виявлення «небезпечних» анатомічних ділянок.

Таким чином запропонований підхід до аналізу даних СКТ принососових пазух дає можливість спланувати етапи операції, визначивши хірургічні орієнтири та об'єм оперативного втручання, уникнути ятрогенних ускладнень при виконанні ендоскопічних втручань на принососових пазухах.

© В.М. Ванченко, П.Ф. Дудій, Н.А. Комашко, Н.В. Ванченко, 2015

ПАТОМОРФОЛОГІЯ НАЗАЛЬНОГО ПОЛІПОЗУ НА ФОНІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Поліпозний риносинусит – хронічне запальне захворювання слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух, яке характеризується утворенням та рецидивуючим ростом поліпів і є серйозною невирішеною проблемою сучасної медицини. Дане захворювання досить часто буває одним із проявів системної патології дихальних шляхів, поєднується із бронхіальною астмою, порушенням обміну арахідонової кислоти та водно-сольового обміну в організмі.

Метою нашого дослідження було вивчити патоморфологічні особливості поліпозу носа, який перебігає на фоні бронхіальної астми, та поліпозу без супутніх захворювань.

Під нашим спостереженням знаходилося 36 пацієнтів на хронічний поліпозний риносинусит, із них у 19 хворих на поліпозний риносинусит асоційований з бронхіальною астмою. Досліджено матеріал – поліпозні розростання після ендоскопічного функціонального оперативного втручання на приносних пазухах, що здійснювались протягом 2012 р. у відділі мікро- та реконструктивної хірургії ЛОР-органів обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Хворі були розділені на 3 групи: I група – 19 (52,8%) хворих назальним поліпозом на фоні бронхіальної астми: 7 (36,8%) чоловіків і 12 (63,2%) жінок; II група – 9 (25%) хворих нерезидивним поліпозом без супутньої патології: 8 (88,9%) чоловіків і 1 (11,1%) жінка; III група – 8 (22,2%) хворих рецидивуючим поліпозом без супутньої патології: 6 (75%) чоловіків і 2 (25%) жінки. Середній вік хворих становив у I групі – 46,4, у II групі – 51,5 та у III групі – 54,8 років відповідно.

У роботі використані класичні патоморфологічні методи дослідження із забарвленням гістопрізів гематоксиліном і еозином. Морфометричні дослідження проведені з використанням системи для отримання мікроскопічних зображень гістологічних препаратів (мікроскоп Leica DME, цифрова фотокамера "NikonP5100", оптична насадка, розроблена на кафедрі патоморфо-

логії та судової медицини) та морфометричної програми ImageTool 2,0 for Windows.

В результаті проведеного дослідження виявлено: строма поліпів у пацієнтів із супутньою бронхіальною астмою дифузно інфільтрована клітинами – 2,87 клітини на 1000,0 мкм² тканини поліпа. Інфільтрація переважно змішаноклітинна, з перевагою в інфільтрації еозинофілів, й еозинофільна. З боку епітелію найчастіше відмічається збільшення його рядності та, відповідно, потовщення. Середня товщина епітелію складає 65,15 мкм. Дані зміни зумовлені переважно базально-клітинною гіперплазією, гіперплазією келихоподібних клітин, перехідно-клітинною та плоскоклітинною метаплазією. Подібно змінам епітелію, у 9 із 19 пацієнтів виявлено потовщення базальної мембрани епітеліоцитів: незначне потовщення (до 15 мкм) – у 4-х хворих (21,1%), значне потовщення – у 5-ти пацієнтів (26,3%); середнє значення – 13,02 мкм.

В усіх дослідних групах встановлено переважання еозинофільної інфільтрації у стромі поліпів (еозинофільна інфільтрація, змішаноклітинна інфільтрація з перевагою еозинофілів), проте різної інтенсивності. Найвищий ступінь клітинної інфільтрації характерний для поліпозу, що поєднаний із бронхіальною астмою, та для рецидивуючого поліпозу без супутньої патології; значно нижчий – при нерезидивуючому поліпозі без супутньої патології.

Враховуючи результати дослідження, найбільш ймовірно, назальний поліпоз характеризується розвитком персистуючої алергічної запальної реакції з характерною еозинофільною інфільтрацією. Збільшення ступеня інфільтрації може свідчити про поглиблення алергічного запалення.

Верифікація вираженої клітинної інфільтрації з перевагою еозинофілів у тканині поліпів може дозволити спрогнозувати рецидивуючий характер поліпозу, та можливо, розвиток у майбутньому бронхіальної астми.

ІМУНОДІАГНОСТИКА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Останні роки у цілому світі спостерігається тенденція до суттєвого зростання частоти алергічної патології, різноманітні прояви алергічних реакцій і захворювань згідно з даними ВООЗ реєструються у 7-30 %, існує прогноз, що до середини ХХІ століття дана патологія стане найпоширенішою серед людства.

Незважаючи на те що ситуацію з алергічними захворюваннями сьогодні можна розглядається як епідеміологічну, в Україні офіційно реєструють лише кожного 50-100-го хворого на алергічний риніт. Така ситуація значною мірою пов'язана з тим, що 9 із 10 хворих на АР не звертаються по медичну допомогу.

Алергічний риніт (АР) є найбільш поширеним алергічним захворюванням, яке зустрічається з частотою 10-20% серед населення економічно розвинутих країн. Його частка серед алергічних захворювань складає 30-60%. За останні три десятиріччя у всьому світі, в тому числі і в Україні, відмічено істотний ріст (в 10 та більше разів) захворюваності на АР.

Увага багатьох фахівців до проблеми АР не призвела до ясності патогенезу та формування єдиного підходу до діагностики та лікування цього захворювання. При постановці діагнозу АР продовжують зустрічатись діагностичні помилки, пов'язані з нерозумінням сутності даного захворювання, що веде до несвоєчасного призначення адекватної терапії та формуванню прогресуючих форм.

Згідно сучасним уявленням, АР відноситься до алергічних захворювань слизової оболонки верхніх дихальних шляхів. Як з'ясувалося, його розвиток визначається комплексною дією генетичних, імунологічних та факторів зовнішнього середовища. В той же час стало відомо, що для хворих на АР характерний поліорганный алергічний процес, властивий atopічним захворюванням. У зв'язку з цим проблему АР не можна розглядати поза сучасних уявлень про atopічну хворобу в цілому.

АР у високому відсотку випадків поєднується з проявами алергічного дерматиту та бронхіальної астми. Разом ці захворювання складають більшу за чисельністю групу так званих atopічних станів, для яких характерна спільність як генетичних так й імунологічних порушень. При цьому, проявом алергічної гіперреактивності є різноманітна топічна локалізація (слизова оболонка верхніх та нижніх дихальних

шляхів, кон'юнктиви ташкіри) запального процесу. У цьому зв'язку перспективним є вивчення імунологічних порушень, характерних для АР, що дозволить визначити нові підходи до діагностики, профілактики та лікування інших atopічних захворювань, таких як бронхіальна астма та алергічний кон'юнктивіт.

Варіабельність проявів АР досить широка, що викликає складність в постановці клінічного діагнозу. Разом з тим відсутні й достатньо надійні лабораторні діагностичні критерії, на підставі яких можна було б чітко визначити межі даної нозології та впевнено проводити диференційну діагностику з східними з АР хворобами слизової оболонки.

Єдиний відомий для АР лабораторний імунологічний критерій – підвищення в крові рівня загального та специфічного IgE в 20-40% випадків не підтверджується видимим клінічним проявом риніту. Цим визначається актуальність пошуку нових імунологічних критеріїв діагностики АР. Такими критеріями можуть бути знайдені відмінності імунофенотипічного профілю мононуклеаров периферичної крові у хворих на різні стадії і форми алергічного риніту.

Спостереження за пацієнтами протягом 4 років в алергологічному та ЛОР відділенні ОКЛ, які мають прояви інгаляційної алергії, показали, що кількість IgE-залежних захворювань складає 76,2% від загальної кількості обстежених 564 хворих. Переважна кількість були хворі: на поліноз – 83,6%, алергічний риніт – 74,3%, бронхіальну астму – 52,4%.

Для підтвердження наявності сенсibiliзації у даних пацієнтів використовували скринінговий тест Фадіатоп (Phadiatop). Даний тест дозволяє з високою вірогідністю, точністю понад 95%, спростувати підтвердити алергічну природу респіраторних симптомів у пацієнтів. Він містить основні алергени пилку рослин (дерев, злаків, бур'янистих трав), кліщів домашнього пилу, пліснявих грибків, епідермальні алергени (вовни вівці, шерсть кішки, собаки, коня та ін), які визначаються в одному аналізі

Отже, даний тест рекомендовано використовувати для діагностики алергічного етіологічного фактора респіраторних симптомів, або для оцінки чутливості до респіраторних алергенів: наприклад, для підтвердження алергічної природи цілорічного риніту (при алергії на кішку, собаку, домашній пил і ін).

СИНУПРЕТ ФОРТЕ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРОСЛИХ

Головним в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу, поряд з відновленням дренажу та вентиляції верхньощелепної пазухи, є адекватна антибактерійна терапія. Завдання адекватної антибактерійної терапії може бути вирішене через наявність широкого вибору антибактерійних препаратів. Одним з таких препаратів є Синупрет форте. Ми застосували препарат Синупрет форте в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу як антибактерійний і протизапальний засіб у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2011 по 2014 рр. знаходилось 20 хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком від 20 до 40 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився Синупрет форте, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Синупрет форте призначався згідно інструкції: по 2 таблетки 1 раз на день. В комплекс лікування включали судинозвужувальні краплі до носа, пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотика, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі резуль-

татів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у пацієнтів основної групи. Так, 90% хворих, що приймали Синупрет форте, вказували на зникнення, 10% – на зменшення секреції з носа, 80% – на відновлення носового дихання, 20% – на його покращення, 90% – на зникнення, 10% – на зменшення головного болю в контрольній групі ці показники були нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 90% пацієнтів основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 70% пацієнтів. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80% хворих основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 60% пацієнтів. Синупрет форте всіма хворими переносився добре, алергійних реакцій та інших побічних явищ не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування препарату Синупрет форте в лікуванні хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати Синупрет форте для лікування хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит як антибактерійний і протизапальний засіб. Синупрет форте може поповнити арсенал середників загальної дії, що використовуються в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих.

**«СИНУС-ЛИФТ» КОМПЛЕКС З ЕКСТРАКТОМ ЦИКЛАМЕНУ ЄВРОПЕЙСЬКОГО
В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО
СИНУСИТУ У ДОРОСЛИХ**

Важливою патогенетичною ланкою у виникненні гострого верхньощелепного синуситу є набряк слизової оболонки порожнини носа, який особливо виражений в природних співвустах верхньощелепних пазух. Тому головним в лікуванні верхньощелепних синуситів є відновлення дренажу та вентиляції верхньощелепних пазух, адекватна антибактерійна терапія. Останнім часом на фармацевтичному ринку України з'явився «Синус-Лифт» комплекс з екстрактом цикламену європейського. Ми застосували цей препарат в місцевому лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Як сказано в інструкції, «Синус-Лифт» комплекс з екстрактом цикламена європейського включає в себе 2 геля, які використовуються в комплексі для досягнення кращого ефекту: «СинусЛифт» очищувальний і «Синус Лифт» відновлювальний. Спосіб застосування препарату наступний. Готують 2 вушні палички, відкривають «Синус-Лифт» очищувальний і крапають на кожну вушну паличку 2-3 краплі геля. Акуратно вставляють вушні палички з гелем в одну і іншу ніздрю. Через 1-2 хв нахилиють голову донизу на 10-15 хв так, щоб кінчик носа був самою нижньою точкою положення голови, і протягом всього цього часу повільно продувають обидві половини носа (при такому положенні голови вміст пазух ефективно спорожнюється, тому можливі значні виділення з носа). По припиненню виділень з носа через 20-30 хв проводять зрошування порожнини носа відновлювальним гелем. Процедуру виконують 2-3 рази на добу. Ще через 20-30 хв після припинення значних виділень проводять зрошування порожнини носа гелем «Синус-Лифт» відновлювальний. Після закінчення очищування пазух від слизово-гнійних виділень зрошують порожнину носа 4-6 разів на добу протягом 5-7 днів.

Під нашим спостереженням знаходилося 20 хворих на двобічний гострий гнійний верхньощелепний синусит віком від 20 до 43 років. Пацієнти були розподілені на 2 групи: основну (10 осіб), в схему лікування яких вводили «Синус-Лифт» комплекс з екстрактом цикламена європейського, та контрольну (також 10), які лікувались з використанням місцево 0,1% роз-

чину галазоліну. Застосування «Синус-Лифт» комплексу з екстрактом цикламена європейського проводилось згідно описаної вище інструкції. Хворі як основної, так й контрольної групи, також отримували антибактерійні препарати.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування виявлено інтенсивніший регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у пацієнтів основної групи. Так, 9 хворих з 10, що отримували «Синус-Лифт» комплекс з екстрактом цикламена європейського, вказували на зникнення, 1 – на зменшення секреції з носа, 8 – на відновлення носового дихання, 2 – на його покращення. Всі пацієнти відмічали зникнення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 8 хворих основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них мала рожевий колір, була нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі риноскопична картина нормалізувалась у 5-6-й день лікування в 6 випадках. Стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність виділень в пазусі) нормалізувався на 5-6-й день лікування у всіх пацієнтів основної групи. У осіб контрольної групи нормалізація стану верхньощелепної пазухи на 5-6-й день лікування настала в 7 випадках.

Таким чином, застосування «Синус-Лифт» комплексу з екстрактом цикламена європейського в місцевому лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу підвищує ефективність терапії хворих з даною патологією. На підставі отриманих даних можна рекомендувати «Синус-Лифт» комплекс з екстрактом цикламена європейського для лікування дорослих, що страждають на гострий гнійний верхньощелепний синусит.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ У ХВОРИХ З ПОЛІМОРФІЗМОМ НУКЛЕОТИДІВ ІМУНОПРОТЕОСОМИ LMP2

Вступ. Істотне значення у розвитку поліпозного риносинуситу має генетична схильність до цього захворювання, а саме вивчення гену NO (eNOS) та з'ясування ролі цієї молекули в нормальному функціонуванні практично усіх систем та органів, а також у патогенезі ряду захворювань. Алейний поліморфізм гена eNOS, за даними багатьох досліджень, має велике значення у формуванні спадкової схильності до формування поліпозного риносинуситу та особливо його рецидивів. Серед 15-ти алейних варіантів цього гена виділено три варіанти поліморфізму, що найчастіше зустрічаються у хворих з патологією ЛОР-органів і вважаються вагомими факторами-ризиком останніх. Цей ген кодує каталітичні субодиниці імунопротеосоми LMP2, отже зумовлює поліморфізм поодиноких нуклеотидів (His-His, His-Arg, Arg-Arg) і тривають спроби встановити вплив алейного поліморфізму вказаного гену на ймовірність розвитку поліпозного риносинуситу. Отже вивчення закономірностей носійства різних видів нуклеотидів в імунопротеосомі LMP2 при ПРС може відкрити можливість для розробки нових підходів до розуміння патогенезу, діагностики та запобігання рецидивів ПРС.

Мета. Метою роботи було дослідження особливостей імунної відповіді у хворих з поліпозним риносинуситом в залежності від носійства певної послідовності нуклеотидів в імунопротеосомі LMP2

Результати. Отже, алейний поліморфізм імунопротеосоми LMP 2 у хворих на поліпозний риносинусит характеризувався гомозиготним типом His-His – у 28,7%, гетерозиготним типом His-Arg – у 58,5%, та гомозиготним типом Arg-Arg – у 12,5%. Тип алейного поліморфізму LMP 2 His-His у хворих на поліпозний риносинусит супроводжувався вищими показниками фагоцитозу нейтрофілів ($p < 0,05$), оксидантного «вибуху» нейтрофілів за сильної стимуляції ($p < 0,05$), нижчими показниками фагоцитозу моноцитів ($p < 0,05$) та оксидантного «вибуху» цих клітин за умов стимуляції E.Coli ($p < 0,05$), а також зниженням кількості CD 16+/56+-лімфоцитів ($p < 0,05$) порівняно з хворими на поліпозний риносинусит з гомозиготним типом алейного поліморфізму Arg-Arg.

Висновки. Хворі на поліпозний риносинусит частіше були носіями алейного поліморфізму LMP 2 за гетерозиготним типом His-Arg, але показники природженого імунітету були значно гірші у хворих з His-His, а у хворих з Arg-Arg типом алейного поліморфізму LMP 2 були значно гірші показники набутого імунітету. Отримані результати свідчать про те, що в залежності від успадкування певного типу алейного поліморфізму можна спрогнозувати ризик розвитку поліпозного риносинуситу, його перебіг та ризик рецидивування цього захворювання.

© В.Ю. Гаєвський, А.Ю. Гаєвський, 2015

А.І. ГАРАСИМІВ, А.М. НЕВІРКОВЕЦЬ, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ, Л.В. ЯШАН,
Б.І. ШЕВАГА, В.А. ЛЕВЧУК (КИЇВ, РІВНЕ, ЧОРТКІВ, ТЕРНОПІЛЬ,
КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, КРЕМЕНЕЦЬ; УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ СПРЕЮ НАЗАЛЬНОГО МАРИМЕР У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ

Проблема лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу є актуальною в сучасній оториноларингології. Головним в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу, поряд з відновленням дренажу та вентиляції верхньощелепної пазухи, є адекватна антибактерійна терапія. Завдання адекватної антибактерійної терапії може бути вирішене через

наявність широкого вибору антибактерійних препаратів. Одним з препаратів місцевої дії є Маример. Ми застосували спрей назальний Маример в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2010 по 2014 рр. знаходилось 20 хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком

від 20 до 43 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився спрей назальний Маример, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Спрей назальний Маример призначався згідно інструкції: по 3 вприскування в кожний носовий хід 4 рази на день. В комплекс лікування включали пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотика, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у пацієнтів основної групи.

Так, 80 % хворих, що приймали спрей назальний Маример, вказували на зникнення, 20% – на зменшення секреції з носа, 90 % – на відновлення носового дихання, 10 % – на його покращення, 90 % – на зникнення, 10 % – на зменшен-

ня головного болю) (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 80 % пацієнтів основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 70 % пацієнтів. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % хворих основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 70 % пацієнтів. Спрей назальний Маример всіма хворими переносився добре, алергійних реакцій та інших побічних явищ не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування спрею назального Маример в комплексному лікуванні хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати спрей назальний Маример для місцевого лікування хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит. Спрей назальний Маример може поповнити арсенал засобів місцевої дії, що використовуються в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих.

© А.І. Гарасимів, А.М. Невірковець, Т.В. Чортківський, Л.В. Яшан, Б.І. Шевага, В.А. Левчук, 2015

О.Г. ГАРЮК, Г.И. ГАРЮК, А.Ю. МЕРКУЛОВ (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ РИНОМАНОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

В современной медицинской практике для объективной оценки носового дыхания, в подавляющем большинстве случаев, используется передняя активная риноманометрия (ПАР). Одной из целей этого исследования является помощь в дифференциальной диагностике между затруднениями дыхания, вызванными механическими препятствиями (структурными нарушениями) в полости носа (искривлениями, наростами или шипами носовой перегородки, полипами или опухолями и т.д.) и затруднениями дыхания, вызванными вазомоторным или отеком компонентом. Это достигается анализом полученных результатов до и после проведения теста с деконгестантами.

Однако, по нашим данным, при риноманометрическом исследовании 112 пациентов с аллергическим ринитом у 26 (23,2%) пациентов отмечалась парадоксальная реакция на применение деконгестантов. Это выражалось в неизменности или увеличении носового сопротивления при нормальной архитектонике внутриносовых структур.

Это же касается и пациентов с сочетанной патологией: аллергическим ринитом и искривлением носовой перегородки. При риноманометрическом обследовании таких пациентов в некоторых случаях невозможно сказать, вызвано ли нарушение носового дыхания девиацией носовой перегородки или оно обусловлено па-

радоксальной реакцией на деконгестанты. В таких случаях необходимо проводить повторное исследование после проведенной консервативной терапии. В 7 (24,1%) из 29 таких случаев, после нескольких проведенных курсов консервативной терапии, заключавшейся в приме-

нии топических интраназальных кортикостероидов и пероральном употреблении антигистаминных препаратов, диагностировано физиологическое искривление носовой перегородки, что при данном подходе позволяет избегать неоправданных хирургических вмешательств.

© О.Г. Гарюк, Г.И. Гарюк, А.Ю. Меркулов, 2015

Г.И. ГАРЮК, О.Г. ГАРЮК, А.Е. СВЕТЛИЧНЫЙ (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ПОГРАНИЧНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ВЕДУЩИЕ К ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ

Продолжающаяся дифференциация в медицинских специальностях и дифференциация в каждой из т.н. «узких» специальностей, как пример – отоларингология, в которой выделяются онкоотоларингология, детская отоларингология, сурдология, фониатрия и т.д., отрицательно влияет на лечебный процесс, продлевает путь пациента к соответствующему специалисту, приводит к необоснованному перенаправлению пациента от специалиста к специалисту, снижает роль консилиума, создает множество спорных вопросов о месте диагностики и лечения пациента. К группе пограничной патологии наиболее часто относятся флегмоны шеи осложненные медиастинитом, септикопиемия и на ее фоне ото- и риногенные внутричерепные осложнения, первичный или вторичный парафарингит, сосудистые опухоли (кавернозная гемангиома, болезнь Рандю-Ослера), нагноительные процессы челюстно-лицевой и паравертебральной областей. В ЛОР-клинике ХМАПО на базе ГКБ № 30 г. Харькова нами проведены диагностика и лечение 16-ти больных с различными пограничными патологическими состояниями (8 с начинающимися явлениями медиастинита, 4 с ото- и риногенными менингоэнцефалитами на фоне различных инфекций, 2 больных с сиалолитиазом и нарушением функции подчелюстной слюнной железы, а также с предлежанием сиалолитиаза в паратонзиллярное пространство, 1 больной с нагноением в паравертебральном пространстве на уровне I шейного позвонка, 1 больная с множественными очагами кавернозной гемангиомы, располагающейся вдоль яремной вены от угла нижней челюсти до яремной вырезки с прорастанием в корень языка с угрозой стеноза гортани).

В качестве примеров, приводим некоторые наши наблюдения, указывающие на возможную взаимосвязь пограничных патологических состояний, осложнившихся заболеваниями ЛОР-

органов: 1) *Предпозвоночный абсцесс в области атланта*. Больной К. 44 года. Болел на протяжении 3-х недель. Изначально беспокоила боль в шейно-затылочной области справа, обращался к неврологу. Амбулаторное лечение у которого оказалось не эффективным. Госпитализирован в неврологическое отделение. Состояние продолжало ухудшаться, появились боли при глотании. При СКТ шеи 20.03.14 признаки воспаления в области задней стенки глотки, с наличием в структуре, на уровне боковой массы атланта справа гиподенсивного очага плотностью 18-42 НУ (гной?) размерами 8 X 21 X 22мм, приводящее к значительной деформации правой половины глотки. Попытки дренировать очаг через заднюю стенку глотки нерезультативны (при пункции – содержимого не получено). Консультирован вертебрологом (диагноз: спондилит С-1, С-2 (?)). На фоне проведенной антибактериальной терапии (цефтриаксон, амикацин, метрогил) состояние больного временно улучшилось, уменьшилась боль при глотании. В дальнейшем состояние ухудшилось, вновь усилилась боль в области шеи, субфебрильная температура, отрицательная динамика в клин. анализе крови. 23.04.14 выполнено ЯМРТ-исследование шейного отдела: признаки отека-инфильтрации гортано-глотки справа. Полость на уровне С1-С2 между боковой массой С1 и длинной мышцей шеи справа – вероятнее всего, абсцедирующий процесс. Больному произведена чрезглоточная ревизия ретрофарингеального и превертебрального пространства на уровне С1, биопсия тканей ретрофарингеального пространства справа. При операции обнаружена полость в ретрофарингеальном, превертебральном пространствах. Полость вскрыта – получено около 1 мл прозрачной жидкости. Гистологическое заключение взятого биоптата: мягкие ткани с межклеточным фиброзом, кровоизлияниями и очаговой лейкоцитарной инфильтрацией. На фоне проведенного хирургического и

консервативного лікування стану хворого покращився, запальні явища в глотці значно зменшилися, в задовільному стані для визначення подальшої тактики хворого направлено на консультацію до вертебролога.

2) *Сиалолит паратонзиллярної області.* Хворий Б. 35 років. DS: Хронічний калькулезний сиалоденіт правої підщелепної слинної залози. Реактивний паратарингіт справа. Із анамнезу: хворіє близько 4 років. Періодически відмічав появу вираженої припухлості в підщелепній області справа посилюючоїся при прийомі їжі і супроводжуемої погіршенням загального самопочуття, за медичною допомогою не звертався. На протязі вказаного періоду відмічав наявність безболісного утворення каменистої щільності в області передньої небної дуги справа. При проходженні рентгенологічного обстеження по приводу патології 48 зуба виявлено наявність конкремента в області хвоста підщелепної слинної залози справа, направлено на консультацію

в челюстно-лицеву відділку, де рекомендовано видалення конкремента трансоральним пу-тем в умовах ЛОР-відділення. При орофарингоскопії також виявлено свищову ходу на передній небній дузі в області верхнього полюса конкремента. 24.03.14 в умовах загального обезболівання вироблено видалення конкремента слинної залози вказаної локалізації трансоральним пу-ходом, після видалення якого в рану візуалізовані розтягнуті і истонченні оболонки слинної залози, повноцінне видалення оболонок залози і закриття крупного дефекта трансорально не представлялося можливим, в зв'язі з чим класическим пу-ходом в піднижньочелюстній області вироблена екстерпація підщелепної слинної залози справа.

Таким пу-бразом, можна вважати необхідним більш глибоке вивчення патологіеского стану, котріє прямо або косвенно ускладнюються ЛОР-захворуваннями, і, визначити степінь учасія в цьому процесі вича-отоларинголога.

© Г.І. Гарюк, О.Г. Гарюк, А.Е. Светличний, 2015

Г.І. ГАРЮК, О.О. КУЛІКОВА, В.Л. ДАВІДЕНКО (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

ДИНАМІКА «ГОСТРОФАЗОВИХ БІЛКІВ» СІРОВАТКИ КРОВІ І ОКСИПРОЛІНУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЕПІГЛОТИТ (ІНФІЛЬТРАТИВНА ФОРМА І АБСЦЕДУЮЧА) У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ

Проблема діагностики і лікування захворувань гортані є дуже актуальною і має велике медичне і соціальне значення. Серед захворуваності ЛОР-органів патологія гортані складає 14,3 % серед запальних нозологій. В останні роки кількість запальних захворувань надгортанника продовжує зростати, їх наслідки в разі несвочасної постановки діагнозу та неадекватної терапії можуть призвести до летального результату. Соціальна значимість цієї патології робить актуальним поглиблене вивчення особливостей патогенезу гострих епіглотитів. Хоча патогенез гострого епіглотиту вивчався, досі не зрозумілим залишається визначення ролі сполученої тканини як основної мішені при виникненні запалення надгортанника. Чому гостра вірусна інфекція у одних хворих спричиняє гострий фарингіт або ангіну, а у інших – гострий ларингіт або абсцес надгортанника? Можливо, це наслідок особливостей обміну сполучної тканини цього хворого. Тому нам здалося обґрунтованим вивчення змін білкового спектру сироватки крові, особливо тієї групи, що зветься

«гострофазовими»: СРП, гаптоглобіну, хондротинсульфату, Проба Вельтмана, які віддзеркалюють рівень запальної реакції організму, оксипролін у крові. Бо відома роль підвищення цих показників як запальну відповідь організму, а два останні показники вказують на руйнування колагену. У нашому випадку хряща надгортанника.

Прийняття до уваги виявлених змін в гомеостазі дозволить скорегувати терапію, що прискорить видужання, і, можливо, уникнути ускладнень.

Мета дослідження – виявити зміни у білковому спектрі крові, особливо гострофазових протеїнів: СРП, гаптоглобіну, і наявність оксипроліну у крові хворих на епіглотит. Порівняти ці показники не тільки зі здоровими особами, а між хворими на інфільтративну форму епіглотиту і абсцедуючу.

Під нашим наглядом у Харківській ГКБ № 30 (клінічна база ЛОР-кафедри ХМАПО) було 18 хворих з діагнозом епіглотит і абсцес надгортанника за період з травня по грудень

2014 року. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні. Всім хворим було проведено повне клінічне обстеження: клінічний аналіз крові, сечі, коагулограма, а також визначення «гострофазових протеїнів»: СРП, гаптоглобін, глікопротеїни, хондроїтинсульфат і пробу Вельтмана, а також наявність оксипроліну у крові. Усі ці обстеження проведено тричі: на початку лікування, через 10 днів (саме після виписки із стаціонару) і через 1 місяць після одужання. Крім класичного огляду гортані за допомогою непрямой ларингоскопії, проведено ультразвукове дослідження гортані за нашою методикою. За клінічними даними і результатами УЗД у 6 хворих було діагностовано абсцес надгортанника, у 12 – гострий епіглотит (інфільтративна форма). Хворі з абсцесом надгортанника були прооперовані (проведено розтин абсцесу і елімінація гною). Усі хворі отримали інтенсивну протизапальну терапію: антибіотики внутрішньовенно, інфузійну терапію, ін'єкції диклофенаку – перші 3 дні 2 рази на день, потім 1 раз на день до повного видужання. Місцево хворі отримували – зрошення протизапальним нестероїдним засобом «Тантум-верде» 4-5 разів на день.

Результати визначення білкового спектру крові, «гостро фазових білків»: у хворих на абсцес надгортанника був виявлений оксипролін

крові, що свідчить про руйнування хрящової тканини і високі показники «гостро фазових білків», що корегувало з показниками клінічного аналізу крові (лейкоцитоз, прискорена ШЗЕ, здви́г формули крові «вліво»). В групі хворих на інфільтративну форму епіглотиту ці показники були підвищеними тільки у 66.7% хворих, оксипролін крові взагалі не виявлений. Звертає увагу зниження, але не нормалізація, «гостро фазових білків» при виписці із стаціонару при відносно нормалізованій ларингоскопічній картині. Через місяць лабораторні показники майже у всіх хворих на гострий епіглотит приходили до норми. Всі хворі з підвищеними показниками «гостро фазових білків» у сироватці крові після виписки із стаціонару, за нашими рекомендаціями, приймали НПЗС – мелоксикам 1 таблетка двічі на день (після їжі) – 2 тижні.

Таким чином, обстеження хворих на гострий епіглотит повинно включати обстеження на «гострофазові білки» у сироватці крові та оксипролін крові як адекватні показники гостроти запального процесу і ступеню руйнування надгортанника при його абсцедуванні. Ці показники регресують разом із нормалізацією ларингоскопічної картини. В іншому випадку хворий повинен продовжити лікування НПЗС (мелоксикам) і повторно обстежитися через 1 місяць після виписки.

© Г.І. Гарюк, О.О. Кулікова, В.Л. Давиденко, 2015

Г.И. ГАРЮК, С.А. САМУСЕНКО (УКРАИНА, ХАРЬКОВ)

РИНОГЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗООТВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Удельный вес патологии слезоотводящей системы составляет до 25% в структуре общей глазной патологии, что определяет ее социальную значимость (Бобров Д.А., 2004). Тесные анатомо-топографические взаимоотношения обуславливают вероятность риногенной этиологии дакриоциститов более чем в 70% случаев как вследствие механического сдавления канала, так и в результате перехода патологического процесса из полости носа и придаточных пазух на фоне увеличения слезоотделения при заболеваниях полости носа (Garito J., 2004, Школьник С.Ф., 2009). Отсутствие ясности о причинно-следственной взаимосвязи лакримальной и ЛОР-патологии приводит к тому, что пациенты первоначально обращаются к офтальмологу, лечение проводится без учета риногенных факторов и возможностей эндоназального хирургического

лечения. Высок удельный вес посттравматических дакриоциститов, поскольку травмы срединной зоны лица сопровождаются изменениями слезоотводящих путей в 7-16% случаев, а попытки неудачных повторных вмешательств на слезопроводящих путях также с течением времени переводят их в разряд посттравматических (Белоглазов В.Г. и соавт., 2005, Шилов М.В. и соавт. 2006).

Целью настоящей работы было проведение анализа риногенных аспектов повышения эффективности лечения дакриоциститов по материалам №30-й ХГКБ.

За период с 2008 по 2014 годы под нашим наблюдением находилось 36 пациентов следующих возрастных групп: 6-7 лет (4 ребенка – 11,1%), 20-40 лет (4 пациента), 40-60 лет (16 больных – 44,4%), 60 лет и старше (12 человек –

33,3%). Мужчин было 16 (44,4%), женщин – 20 (55,5%), что соответствует данным С.К. Боевко и соавторов (2005) и свидетельствует о корректности проводимого анализа. Характерной особенностью было наличие у 32 больных (88,9%) длительного анамнеза заболевания (свыше 3 лет), неоднократное обращение и лечение у офтальмолога (83,3%), причем хирургическое лечение наружным доступом было произведено 10 больным (31,3%) с нестойким эффектом. При тщательном сборе анамнеза у 7 пациентов (19,4%) удалось установить наличие травмы (перелом костей носа), 5 больным (15,6%) ранее была произведена гайморотомия по поводу гнойного воспаления. В 6 случаях (16,6%) дакриоцистит сформировался после автомобильной аварии, у 3 – после укуса животного и ожогов, что привело и сопровождалось рубцеванием мягких тканей и дилатацией слезного мешка с его дислокацией у двух пациентов.

Следует отметить, отсутствие у большинства больных (25 человек -69,4%) при обращении значимых жалоб со стороны ЛОР-органов, что, вероятно, стало причиной отсутствия консультации отоларинголога при планировании и проведении предшествующего лечения. 9 (25%) пациентов ранее лечились у отоларинголога по поводу риносинусита, гайморита. У детей ведущей жалобой наряду со слезотечением было затруднение носового дыхания

Всем больным была произведена оптическая ригидная риноскопия (ОРР), в ходе которой установлено наличие застойной гиперемии слизистой оболочки полости носа (38,8%), слизистое отделяемое в носовых ходах (37,7%), аденоиды 3-й степени на фоне отека слизистой оболочки полости носа у 4-х детей. 32 больным проведено комплексное обследование, включающее СКТ ППН с контрастированием носослезного канала, ринопневмометрия, цитологическое исследование отделяемого полости носа.

По данным СКТ ППН в 40,6% случаев были выявлены признаки одностороннего (28,2%) и двустороннего (12,4%) катарального процесса в клетках решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазухах. Искривление носовой перегородки, установленное у 19 человек (52,8%), в большинстве случаев сочеталось с изменением конфигурации и размеров носовых раковин.

При планировании тактики лечения учитывалось наличие и выраженность воспалительных изменений в полости носа и ППН, а также влияние и значимость изменений архитектоники

полости носа на состояние дыхательной функции по данным ринопневмометрии. На фоне отсутствия значимых признаков воспаления слизистой оболочки полости носа и ППН проводили хирургическое лечение – эндоназальную дакриоцисториностомию по усовершенствованной классической методике с использованием радиоволновой энергии и шейвера у 11 больных (30,5%). Одномоментная коррекция внутриносовых структур выполнялась при выявлении их значимого влияния на показатели дыхательной функции по данным ринопневмометрии. Наличие воспалительного процесса было основанием для проведения противовоспалительной и элиминационной терапии в предоперационной подготовке. Всем детям на первом этапе была произведена аденотомия, в результате которой у 2 из них отмечен стойкий регресс симптомов дакриоцистита. Вне зависимости от сроков хирургического лечения, в послеоперационном периоде в течение 2 недель проводилась ирригационная терапия в комбинации с топическими кортикостероидами. Дакриоцисториностомия выполнена у 34 больных, у 13 из них одномоментно произведена подслизистая резекция носовой перегородки. Двусторонняя ДЦР у пациентки на фоне ожоговой деформации 1-й степени была дополнена пластикой века свободным кожным лоскутом на первом этапе и отсроченной коррекцией слезной точки с двух сторон при регрессе проявлений дакриоцистита. Стойкие положительные результаты и отсутствие рецидивов в анамнезе до 6 лет достигнуты у 75% больных.

Таким образом, на основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что контингент больных дакриоциститом характеризуют длительный анамнез, значение травматизации в этиологии заболевания, отсутствие значимых жалоб со стороны ЛОР-органов (что приводит к пренебрежению риногенными факторами), наличие признаков катарального воспаления полости носа и ППН. Это позволяет говорить о значимости индуцированных риногенных и травматических дакриоциститов в отоларингологической практике. Тактика их лечения предусматривает индивидуально ориентированный подход в зависимости от конкретной клинической ситуации. Необходимость проведения симультанных операций определяется влиянием изменений архитектоники полости носа на функциональные показатели. Для оптимизации послеоперационного периода показано проведение ирригационной терапии в комбинации с топическими кортикостероидами.

ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ С ПАРАЗИТОЗАМИ

Вопросы лечения коморбидной патологии на современном этапе актуальны и являются определенной проблемой, поскольку в большинстве случаев трудно установить причинно-следственные связи в этиологии, патогенезе болезни и изменениях иммунного статуса. О.Ф.Мельников и Д.И.Заболотный (2007) считают, что значительная часть отклонений отдельных параметров при аллергических и воспалительных заболеваниях ЛОР-органов могут быть обусловлены болезнями других органов и систем. Особое значение это приобретает в случае комбинаций нескольких распространенных патологий. С учетом статистических данных, этиологических и патогенетических особенностей риносинусит у детей на фоне паразитозов следует отнести именно к этой категории заболеваний.

Отсутствие патогномоничных для паразитозов клинических черт приводит к поздней диагностике, а также диагностике на первом этапе коморбидного заболевания. Нашими предыдущими исследованиями (Г.И.Гарюк и соавт., 2010) установлено, что у 19,7% детей, обратившихся первоначально к отоларингологу по поводу риносинусита, выявлены так называемые «большие паразитозы» с инвазией токсоплазмой (35,9%), токсокарами (25,6%) и лямблиями (20,5%). Было проведено обследование 40 детей с риносинуситами на фоне паразитарной инвазии в сопоставлении с данными обследования 35 детей с аллергическими риносинуситами (АРС) и 39 пациентов с хроническими аденоидитами в возрасте от 3 до 18 лет. Установлено, что достоверные однонаправленные изменения в иммунном статусе при риносинуситах на фоне паразитоза не зависят от вида паразита, а, следовательно, определяются наличием самой паразитарной инвазии и достоверно отличаются от изменений иммунного статуса у детей с АРС. Характерной особенностью риносинуситов на фоне паразитоза у детей является наличие хронического аденоидита, что необходимо учитывать при планировании лечебной тактики. Сходные изменения в иммунном статусе были выявлены у детей с хроническим аденоидитом при отсутствии паразитарной инвазии, однако достоверность различий показателей между группами сохранялась в пользу более глубоких изменений при паразитозе.

В лечении риносинуситов на фоне паразитозов неопределенность причинно-

следственных связей приводит к тому, что мы не можем достоверно судить о влиянии проводимой терапии на первопричину (и определяющий этиологический фактор) – паразитоз. В первую очередь это относится к хирургическому лечению – аденотомии, поскольку на фоне наступающего улучшения дети зачастую «выпадают» из поля зрения отоларинголога. Пренебрежение взаимосвязью иммунофизиологических процессов слизистых оболочек ЖКТ (система GALT) и ВДП (система MALT) может быть причиной снижения эффективности хирургического лечения риносинуситов у детей с паразитозами.

С 2010 по 2014 год под нашим наблюдением находилось 52 ребенка с риносинуситом на фоне паразитоза в возрасте от 5 до 12 лет, которым было проведено хирургическое лечение. Показаниями к аденотомии были изменения в иммунном статусе: увеличение уровня лимфотоксических аутоантител (ЛЦТААТ), гемолизинов, уменьшение пула CD 4+ и CD8+, гипериммуноглобулинемия А. Все пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли 15 детей, которым было проведено только хирургическое лечение, вторую группу составили 18 пациентов, которым после аденотомии назначались топические иммуномодулирующие средства, а к третьей группе были отнесены 20 детей, получавших в послеоперационном периоде системные иммуномодулирующие средства. В первом случае дети получали респиброн или исмижен, в качестве системных иммуномодулирующих препаратов применяли Бронхо-Ваксом, Бронхо-мунал. Клинико-иммунологическое обследование проводили до операции и через 4 месяца после операции. До операции содержание Т-хелперов составило $30,6 \pm 5,8\%$, Т-супрессоров – $19,7 \pm 3,2\%$, ЛЦТААТ – $15,3 \pm 3,6\%$, Ig A – $1,9 \pm 0,7$ мг/мл.

В первой группе после проведенной аденотомии у 6 детей (40%) на фоне положительной динамики сохранялась периодическая заложенность носа, выделения из носа. 8 детей (53,3%) в более легкой форме и меньшей продолжительностью перенесли ОРЗ от 1 до 3 раз. В иммунном статусе выявлены: увеличение пула Т-хелперов ($34,1 \pm 4,4\%$), Т-супрессоров ($21,5 \pm 2,6\%$), уменьшение уровня ЛЦТААТ ($13,8 \pm 3,8\%$), Ig A ($1,6 \pm 0,5$ мг/мл). Несмотря на положительную динамику, достоверности изменений не выявлено. Санация от паразита через 4

месяца имела место у 5 детей (33,3%). Во второй группе восстановление носового дыхания имело место у 72,2% (13 детей), выделения из носа прекратились у 14 больных, ОРЗ за время наблюдения заболело 5 детей (27,7%). Отмечено увеличение пула CD4+ и CD8+ ($36,6 \pm 2,3\%$ и $22,1 \pm 2,8\%$ соответственно), снижение уровня ЛЦТААТ и гемוליзинов ($12,9 \pm 3,0\%$ и $0,58 \pm 0,07$ соответственно) при уровне IgA до $1,5 \pm 0,35$ мг/мл. Достоверность изменений подтверждена для Т-хелперов, гемOLIзинов и Ig A. Санация от паразита по лабораторным показателям установлена в 55,5% случаев. В группе детей, получавших по общепринятой схеме системные бактериальные лизаты восстановление носового дыхания, прекращение выделений из носа и отсутствие эпизодов ОРЗ отмечено у 85% детей (17 человек). Изменения иммунного статуса были достоверными по всем изучаемым показате-

лям: Т-хелперы составили $37,4 \pm 1,9\%$, уровень Т-супрессоров – $24,2 \pm 2,2\%$, содержание ЛЦТААТ и гемOLIзинов снизилось до $9,8 \pm 1,3\%$ и $0,47 \pm 0,05$ соответственно, что было сопоставимо с референтной нормой для данных показателей. На этом фоне санация от паразита установлена к концу периода наблюдения (4 месяца) у 14 детей (70%) и через 6 месяцев – еще у 4 пациентов.

Таким образом, для повышения эффективности проведения патогенетически обусловленной хирургической санации лимфаденоидного глоточного кольца (аденоидии) у детей на фоне паразитозов целесообразно включать в лечение иммуотропные препараты системного действия. Это позволит задействовать в формирование иммунного ответа иммунную систему, ассоциированную с ЖКТ, что способствует санации организма от паразитарной инвазии.

© Г.И. Гарюк, И.В. Филатова, Н.А. Головки, А.Н. Головки, Э.В. Потапов, 2015

*Г.И. ГАРЮК, А.М. ШЕВЧЕНКО, В.М. АРНОЛЬДИ, Ю.В. ТИМОШЕНКО,
А.Б. БОБРУСЬ, А.Е. СВЕТЛИЧНЫЙ (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)*

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.

Ряд авторов (О.Ф. Мельников, О.П. Тимошенко) указывают на то, что достаточно часто приходится встречаться с неординарными ситуациями вызванными нетипичной картиной протекания острого синусита на фоне метаболического процесса. По нашему мнению, трудность заключается в том, что оптимизировать необходимый комплекс обследования и распознать характер процесса на раннем этапе порой затруднительно. Ошибки в ходе диагностики могут быть связаны, прежде всего, с тем, что практический врач, обследуя больного, не всегда может увязать внешние проявления метаболического процесса с клиникой и допустить тактическую ошибку на раннем этапе диагностики. В связи с чем хотим привести клинический пример из нашей практики. Больной В. 18 лет, был доставлен в клинику в ургентном порядке без сопровождающих, с жалобами на затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до 39С, слабость, головную боль, отечность мягких тканей лица. Из-за тяжести в соматическом состоянии при поступлении, больной не смог раскрыть анамнез в полном объеме в приемном покое. Далее он обследован клинически и лабораторно, проведена обзорная рентгенография околоносовых синусов,

на которой выявлено понижение прозрачности придаточных пазух носа с двух сторон, что, первично, было расценено как острый двусторонний верхнечелюстной, этмоидальный и фронтальный синусит, сопровождающийся отеком мягких тканей лица. При анализе рентгенологического снимка околоносовых синусов, обращало на себя внимание несоответствие рентгенологических признаков синусита к тяжести состояния и внешним проявлениям. В дальнейшем, при детальном сборе анамнеза после улучшения состояния на фоне проведения комплексной терапии, установлено, что больной находится на диспансерном учете у эндокринолога по поводу синдрома Иценко-Кушинга. Изначально отсутствие сведений о наличии метаболического синдрома, четко объясняющего наличие отеков на лице («полуплунное лицо»), а также большая масса отечных мягких тканей лица, экранировавших околоносовые синусы и имитирующих снижение пневматизации пазух на рентгеновском снимке, привело к затруднениям диагностического процесса на раннем этапе. Больной консультирован эндокринологом, терапевтом, невропатологом. Данный процесс расценен нами как проявления ОРВИ на фоне синдрома Иценко-Кушинга. Больной на-

правлен для дальнішого лічення в соматический стаціонар.

Данное наблюдение демонстрирует возможную сложность диагностики и выбора так-

тики обследования и лечения у больного с синдромом Иценко-Кушинга, а также возможные осложнения лечения у больного и риск необоснованных хирургических вмешательств.

© Г.И. Гарюк, А.М. Шевченко, В.М. Арнольди, Ю.В. Тимошенко, А.Б. Бобрусь, А.Е. Светличный, 2015

*Я.І. ГЕНИК, В.Л. БІЛОБРОВКА, Н.А. КОМАШКО, В.Д. ДРАНЧУК, Н.М. КУДЕРСЬКА
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА НОСОВІЙ ПЕРЕГОРОДЦІ ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХАХ

Аерозольотерапія лікарськими препаратами захворювань дихальних шляхів уже давно теоретично і експериментально обґрунтована, патогенетично виправдана, клінічно апробована і високоефективна [3, 4]. Показання до застосування аерозольних препаратів постійно розширюються. Аерозольотерапія – простий, доступний, економічний і безболісний метод впливу на організм людини [6, 7]. В аерозольній формі вводять препарати різних груп. Доведено, що препарат, введений інгаляційним способом, депонується в організмі і довгостроково циркулює в малому колі крово- і лімфообігу. Відомо, що всмоктування ліків через слизову оболонку дихальних шляхів відбувається в 20 разів швидше, ніж при прийомі таблетованих форм. Терапевтичний ефект ліків у формі аерозолу досягається при меншій дозі речовини за рахунок великої сумарної площі впливу, а отже більш високої фізичної активності та дії безпосередньо на патологічний осередок. Таким чином, лікарський засіб при аерозольотерапії надає не тільки місцевого, а й загальну дію, яка здійснюється за рахунок одночасного хімічного, механічного та теплового впливів. Загальна дія ліків проявляється як при його всмоктуванні (резорбтивна дія), так і за рахунок подразнення рефлексогенних зон слизової оболонки дихальних шляхів [4, 5].

Основною метою інгаляційної терапії є досягнення максимального місцевого терапевтичного ефекту в дихальних шляхах при незначних проявах або відсутності системного побічного дії. Основними завданнями інгаляційної терапії є: санація верхніх дихальних шляхів; зменшення набряку слизової оболонки; зменшення активності запального процесу; вплив на місцеві імунні реакції; поліпшення мікроциркуляції; протекція слизової оболонки від впливу виробничих аерозолів, аероалергенів; оксигенація.

Як і кожен вид впливу на організм людини, застосування аерозолів повинно мати строгі

показання та протипоказання, які ґрунтуються на даних етіопатогенезу захворювання, враховують особливості його перебігу у даного конкретного хворого, а також загальний стан пацієнта. Необхідно також враховувати і можливість розвитку побічних дій.

В даний час найбільшого поширення набули компресорні (струменеві) небулайзери. Принцип їх роботи заснований на застосуванні стиснутого повітря і є «золотим стандартом» інгаляційної терапії. У цих приладах можуть бути використані як стандартні розчини для інгаляцій, що випускаються фармацевтичними компаніями в готовому вигляді, так і лікарські суміші екстемпоральних приготування. За допомогою небулайзерів забезпечується рівномірний розподіл аерозолу лікарської речовини по поверхні слизової оболонки і проникнення з струмом повітря в усі відділи ЛОР-органів, тобто доставка його в зону запалення, минаючи системний кровотік, що сприяє швидкому досягненню терапевтичного ефекту навіть при застосуванні невеликої дози лікарського препарату, чим знижується ризик розвитку побічних ефектів [1, 2].

Нами проведено обстеження та лікування 60 пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання в об'ємі септопластики. В післяопераційному періоді, після видалення тампонів, даній групі пацієнтів призначено небулайзерну терапію (НТ) через назальну канюлю з використанням Uliser First Aid. В якості лікувального засобу для НТ було вибрано: небули 0,9% р-ну натрію хлорид та 0,02% р-ну декаметоксину. Контрольну групу складали 30 пацієнтів, яким в післяопераційному періоді, після видалення тампонів, призначено ізотонічний розчин морської води в спреї.

Оцінка ефективності лікування в групах проводилася з аналізу суб'єктивних відчуттів пацієнтів, даних об'єктивного огляду ЛОР-

органів і по динаміці функціональних розладів. Аналіз результатів лікування хворих в основній та контрольній групах у більшості випадків виявив виразну позитивну динаміку в післяопераційному періоді, яка була більш виражена у обстежених, що застосовували НТ. Пацієнти, котрі входили в цю групу, в більш ранні терміни відзначали суб'єктивне поліпшення стану, а також зникнення відчуття сухості та закладеності носа. При об'єктивному огляді порожнини носа в динаміці у пацієнтів, які застосовували НТ відмічалося більш швидке зникнення післяопераційного набряку слизової носової порожнини та менша кількість кров'янистих кірок у порівнянні з пацієнтами контрольної групи.

Використання деяких препаратів, що впливають на різні ланки патогенезу патологічного процесу, складових комплекс лікування, за допомогою небулайзера дає можливість скороти-

ти тривалість періоду загострення АР, знизити вираженість його симптоматики, особливо ринореї, а також зменшити витрату застосовуваного препарату, т. Е. Дає виражену його економію.

Таким чином, використання в комплексній терапії необхідних препаратів за допомогою небулайзера підвищує терапевтичну ефективність і економічність лікування хворих з АР, що дає підставу рекомендувати небулайзери до широкого застосування при лікуванні хворих, що страждають АР, і навіть при його ускладненнях.

Наш досвід застосування НТ в післяопераційному періоді пацієнтам після септопластики а також ендоскопічних синусотомій переко-нує нас у перспективності методу. Висока терапевтична ефективність, економічність лікування, простота використання методу дозволяють рекомендувати його для широкого застосування в оториноларингологічній практиці.

© Я.І. Генік, В.Л. Білобровка, Н.А. Комашко, В.Д. Дранчук, Н.М. Кудерська, 2015

*М.І. ГЕРАСИМЮК, В.В.НІКОЛОВ, А.В.ХАБАРОВ, Т.А. ПИТАК, І.В. ШЕВАГА, В.А. ЛЕВЧУК
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, КРЕМЕНЕЦЬ, УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АКСЕФ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ

Головним в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу, поряд з відновленням дренажу та вентиляції верхньощелепної пазухи, є адекватна антибактерійна терапія. Завдання адекватної антибактерійної терапії може бути вирішене через наявність широкого вибору антибактерійних препаратів.

Одним з препаратів загальної дії є цефалоспориновий антибіотик II покоління Аксеф.

Ми застосовували Аксеф для лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей. Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилося 20 дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, віком від 12 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився Аксеф, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Аксеф призначався в таблетках згідно інструкції: 250 мг 2 рази на добу після їжі.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консите-

нція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у дітей основної групи. Так, 90 % дітей, що приймали Аксеф, вказували на зникнення, 10 % - на зменшення секреції з носа, 90 % - на відновлення носового дихання, 10 % - на його покращення, 90 % - на зникнення, 10 % - на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 90 % дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 70 % дітей. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % дітей основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 70 % дітей. Препарат Аксеф всіма дітьми переносився добре, алергічних

реакцій та інших побічних ефектів не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування антибіотики Аксеф в лікуванні дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, підвищує ефективність терапії дітей з цією патологією. Отримані результати дають підста-

ву рекомендувати Аксеф для лікування дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, як антибактерійний засіб. Аксеф може поповнити арсенал середників загальної дії, що використовуються в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей.

© М.І. Герасимюк, В.В. Ніколов, А.В. Хабаров, Т.А. Питак, І.В. Шевага, В.А. Левчук, 2015

М.І. ГЕРАСИМЮК (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ПАПІЛОМА ПІДНЕБІННОГО МИГДАЛИКА ЯК ПРОЯВ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Актуальність проблеми респіраторного папіломатозу обумовлюється частим його рецидивуванням, бурхливим ростом і схильністю до малігнізації. Також встановлено, що важливу місцеву роль на початкових стадіях ПВ-інфекції відіграє Т-клітинна імунна відповідь. Тому метою роботи було: дати комплексну імунологічну та кількісну морфологічну характеристику папіломи піднебінного мигдалика.

Матеріалом для даного дослідження послужила солітарна папілома мигдалика (ПМ), яка була виявлена у хворій під час тонзилектомії. Хворій було проведено визначення стану апоптозу і некрозу, а також їх співвідношення AN/PI в лімфоцитах та нейтрофілах гомогенату піднебінного мигдалика і в периферичній крові на проточному цитофлюориметрі «Becton Dickinson» (USA). Крім того, визначали рівень різних субпопуляцій лімфоцитів і вираховували їх співвідношення.

Морфологічне дослідження проводили після фіксації шматочків тканини ПМ в 10 %-му розчині нейтрального формаліну. Морфометричну оцінку здійснювали за допомогою окуляр-мікрометра МОВ-1-15×. При цьому вимірювали діаметр фолікулів, товщину слизової оболонки, кількість шарів епітелію у ній, а також товщину сполучнотканинної капсули.

При гістологічному дослідженні ПМ звертало на себе увагу збільшення кількості шарів як базальних, так і поверхневих клітин які локалізувалися довкола гіперпластично витягнутих і розгалужених сосочків власної пластинки слизової оболонки. Причому гіперплазії підлягали не тільки клітини слизової оболонки самого папіломатозного виросту, але й сусідніх з ним ділянок розміри яких від основи папіломи до периферії приблизно відповідали висоті ворсинок самого новоутвору. Як під базальним шаром слизової папіломи, так і у сусідніх з нею ділянках спостерігалось посилення лімфо-

лейкоцитарної інфільтрації елементів сполучнотканинної капсули мигдалика. Такі морфологічні особливості слід враховувати при хірургічному лікуванні папіломи піднебінних мигдаликів.

Водночас периферичні відділи слизової оболонки виглядали потоншеними, кількість шарів клітин у них не перевищувала 13-15, а товщина сполучнотканинної капсули, навпаки, зростала до 85 мкм ($25,17 \pm 1,01$) мкм при компенсованій формі, діаметр фолікулів при цьому не перевищував 170-190 мкм ($281,83 \pm 14,91$) мкм при компенсованій формі). Все це також свідчило про декомпенсовану форму хронічного тонзиліту на тлі якого і розвинулася папілома.

При дослідженні імунного статусу у даної хворої було встановлено, що хронічний тонзиліт у неї за рівнем AN/PI згідно до запропонованої нами градації відповідав декомпенсованій формі (співвідношення апоптоз/некроз було більшим за 14). Аналіз рівня субпопуляцій лімфоцитів та їх співвідношення дозволив встановити загальне кількісне зниження CD3, CD4, CD8 і CD16 з одночасним збереженням рівня CD19. Однак співвідношення між окремими субпопуляціями мало своєрідний характер із зміщенням показників на користь CD16 і CD19, що свідчить про різке зниження рівня загального імунітету. Крім того, тенденція до зниження CD3 може характеризувати запалення і хронізацію процесу, а також про розвиток аутоімунних змін. Щодо зростання питомої частки CD16, то їх важливою функцією є участь у загальному каскаді синтезу цитокінів, як медіаторів запалення, а це може свідчити про загострення хронічного процесу. Збереження абсолютного рівня і підвищення питомої частки CD19 може бути відображенням певної активації гуморального імунітету з посиленням аутоімунних реакцій.

Тому, підсумовуючи наведене, можна сказати, що при хронічному тонзиліті йде різке зниження клітинного, і у певній мірі збереження

гуморального імунітету. Однією із складових патогенезу захворювання можуть бути аутоімунні процеси, про що й свідчать результати про-

веденого нами дослідження. Все це створює разом сприятливі умови для розвитку папілома-тозу мигдаликів.

© М.І. Герасимюк, 2015

В.Н. ГИНЬКУТ (ДОНЕЦК, УКРАЇНА)

ТУБЕРКУЛЁЗ ГЛОТКИ

Поражение глотки туберкулёзной инфекцией – явление относительно редкое. Оно возникает в большинстве случаев при тяжёлом, далеко зашедшем процессе в лёгких и гортани на фоне резкого ослабления общей и местной резистентности организма (D. Madhuri et al., 2007). Имеются лишь отдельные сообщения о первичном туберкулёзе глотки, первичный аффект которого локализовался в нёбных миндалинах (Madhuri et al., 2002).

Как показывает практика, туберкулёз довольно часто имитирует опухолевую патологию разной локализации (В.Б. Зайцев, 2015).

Приводим собственное наблюдение.

Больной П., 64 лет, история болезни № 16034/1165, обратился в ЛОР-отделение Клинической Рудничной больницы г. Макеевки 20.10.2014 г. с жалобами на спонтанные сильные боли и выраженный дискомфорт в горле, резко болезненное глотание. Отмечал также иррадиацию боли в правое ухо.

Из анамнеза болезни: считает себя больным около двух месяцев. Лечился самостоятельно – полоскал горло и рассасывал антисептики. Самочувствие не улучшалось, в связи с чем пациент обратился в клинику.

Анамнез жизни: в 1991 г. пациент перенёс травму гортани. Курит. В молодости отбывал наказание в местах лишения свободы. На диспансерном учёте у врачей других специальностей не состоял. Последний раз к участковому врачу обращался около 10 лет назад по поводу бронхита.

Объективно при поступлении: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки слегка бледные. Температура тела 37,4° С. Пульс 96 уд/мин. Региональные лимфатические узлы не увеличены. Голос чистый.

Фарингоскопия: на фоне бледно-розовой слизистой оболочки определяется несколько небольших, до 0,5 мм в диаметре, округлых желтоватых инфильтратов, рассеянных на пра-

вой нёбной миндалине, нёбных дужках и прилегающих участках мягкого нёба. Они плотноваты на ощупь и болезненны при надавливании. В области верхнего полюса правой нёбной миндалины выявлена гранулирующая язва до 7 мм в диаметре с неравномерными, слегка приподнятыми и подрывными фестончатыми краями. Дно язвы покрыто серовато-жёлтым налётом. Слизистая оболочка вокруг язвы бледная. Гортаноглотка и гортань без видимых патологических изменений. Установлен предварительный диагноз: Новообразование глотки (Са?).

20.10.14 г. пациенту под местной аппликационной анестезией лидокаином была произведена биопсия опухоли правой нёбной миндалины.

Патогистологический ответ № 14519-14524: в миндалине хроническое специфическое воспаление с массой лимфо-эпителиоидноклеточных гранулём с гигантскими полинуклеарами Пирогова.

Рентгенография ОГК 21.10.14 г.: на всём протяжении обоих лёгких определяется инфильтрация. В верхних отделах правого лёгкого полость без содержимого. Корни бесструктурные. Синусы свободные. Дуга аорты удлинена.

Заключение: инфильтративный туберкулёз обоих лёгких с полостным распадом.

21.10.14 г. больной был срочно осмотрен фтизиатром и переведен для дальнейшего лечения в городской тубдиспансер.

Таким образом, точный диагноз был верифицирован только после получения результата ПГИ.

Данный случай представляет интерес для практических врачей в связи с относительной редкостью подобной патологии глотки. Это наблюдение демонстрирует преобладание фарингеального поражения над проявлениями специфического воспалительного процесса в лёгких. Трудно объяснить отсутствие у больного характерной саливации, шейной аденопатии и поражения гортани.

© В.Н. Гинькут, 2015

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РЕТРОТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

Гнойная инфекция глотки может возникнуть в любом возрасте и привести к угрожающим жизни осложнениям. К предрасполагающим факторам развития такой инфекции относятся сахарный диабет, хронические болезни почек и печени, вирус иммунодефицита человека (Т.Т. Huang et al., 2004; В.Ж. Bailey et al., 2006).

Одной из важнейших проблем здравоохранения сегодня является рост числа ВИЧ-инфицированных пациентов. Количество пациентов с ослабленным иммунитетом в практике врача-отоларинголога будет встречаться всё чаще (J. Hasegawa et al., 2010; Ching-Feng Liu et al., 2013).

Приводим собственное наблюдение.

Больная Т., 1993 г.р., история болезни № 16540/1197, обратилась в ЛОР-отделение Клинической Рудничной больницы г. Макеевки 30.10.2014 г. с жалобами на сильные боли в правой половине глотки, усиливающиеся при глотании и открывании рта и отдающие в правое ухо, повышение температуры тела до 37,8 °С.

Из анамнеза болезни: болеет третий день. Заболевание связывает с переохлаждением. Ангинами в прошлом болела часто.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Температура тела 37,4 °С. Пульс 100 уд/мин. Регионарные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, умеренно болезненные при пальпации справа.

Фарингоскопия: рот открывает относительно широко, но не в полном объёме. Нёбные миндалины II степени, правая незначительно смещена к срединной линии.

Установлен предварительный диагноз: Правосторонний перитонзиллит.

Пациентка получала лечение: эмсеф 1000 мг внутривенно два раза в сутки, реосорбилакт 200 мл внутривенно капельно один раз в сутки,

дексаметазон 4 мг внутривенно раз в сутки, метронидазол 100 мл внутривенно капельно один раз в сутки, анальгин и супрастин внутримышечно.

Несмотря на проводимое лечение, самочувствие больной не улучшалось, периодически повышалась температура тела. Правая задняя нёбная дужка стала гиперемированной, отёчной и болезненной при пальпации пуговчатым зондом. Был установлен диагноз: Правосторонний ретротонзиллярный абсцесс.

03.11.14 г. пациентке под местной аппликационной анестезией лидокаином была произведена операция: вскрытие ретротонзиллярного абсцесса справа. Разрез был выполнен в средней трети правой задней нёбной дужки. Получен сливкообразный зловонный гной.

В план лечения включили ципринол 10 мл внутривенно медленно один раз в сутки, кальция глюконат 10% – 5 мл внутривенно раз в сутки.

Больная с выздоровлением 10.11.14 г. была выписана домой, но 29.11.14 г. вновь поступила в стационар по поводу правостороннего ретротонзиллярного абсцесса.

Пациентке была произведена повторная операция: вскрытие ретротонзиллярного абсцесса справа. При этом разрез снова выполнен в средней трети правой задней нёбной дужки. Был получен жидкий гной.

В последующем при тщательном сборе анамнеза больная призналась, что состоит на учёте в городском Центре профилактики ВИЧ/СПИДа.

Описанное наблюдение обращает внимание отоларингологов на необходимость выявления у пациента сопутствующих заболеваний, которые могут привести к снижению иммунитета и объясняют пролонгацию выздоровления и рецидивирование гнойной инфекции глотки.

© В.Н. Гинькут, 2015

ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Перитонзиллярные абсцессы после тонзиллэктомии в практике врача-отоларинголога встречаются чрезвычайно редко (М. Маснагара,

2008). При отсутствии остатков ткани нёбной миндалины в качестве возможной причины заболевания рассматривают инфекции второй жа-

берной щели, свищ этой области, инфицирование желез Вебера, а также стоматологические проблемы (S.E.J. Farmer et al., 2011).

Нами в период с 2010 по 2014 г. наблюдались два пациента с перитонзиллярными абсцессами, которым в прошлом была произведена тонзиллэктомия.

Это были мужчины 19 и 32 лет. В прошлом они болели ангинами, наблюдались у ЛОР-врача по поводу хронического тонзиллита и обоим неоднократно вскрывали перитонзиллярные абсцессы.

Одному пациенту была выполнена плановая тонзиллэктомия, а другому – двусторонняя тонзиллэктомия в «остром» периоде (абсцестонзиллэктомия, «A chaud»).

Интервал между перенесенной тонзиллэктомией и рецидивом перитонзиллярного абсцесса составил в одном случае три года, а во втором – пять лет.

У одного больного процесс был правосторонним, а у другого – левосторонним.

В ЛОР-клинику пациенты обратились через три дня после начала заболевания. При госпитализации оба предъявляли жалобы на выраженные односторонние боли в горле, дисфагию, резко затруднённое и болезненное глотание и открывание рта, гнусавость, слюнотечение, вынужденное положение головы, повышение температуры тела до фебрильных цифр.

Во время фарингоскопии у больных определялся тризм, асимметрия зева, гиперемия, односторонний отёк, инфильтрация и напряжение перитонзиллярной области. Кроме того, у пациентов в области верхнего полюса были обнаружены в рубцах остатки лимфоидной ткани.

Под местной инфильтрационной анестезией ультракаином больным в день госпитали-

зации было выполнено вскрытие и дренирование передневерхнего перитонзиллярного абсцесса. При этом было получено в среднем около двух миллилитров зловонного гноя.

После этого наблюдалось быстрое купирование основных симптомов и стремительный регресс заболевания.

В отделении пациенты получали внутривенные инфузии цефуроксима и метронидазола, противоотёчную терапию и гормоны, НПВС.

В анализе крови у больных определялся выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и ускорение СОЭ. При микробиологическом исследовании гноя была выявлена смешанная анаэробная флора.

Из отделения пациенты были выписаны на седьмые сутки. К этому времени наблюдались полное стихание воспалительных явлений в перитонзиллярной области.

Через два месяца после выписки одному из пациентов была выполнена плановая тонзиллэктомия. На операции у него с большими техническими сложностями был выделен замурованный в рубцах верхний полюс нёбной миндалины. Послеоперационный период протекал гладко. В последующем пациент за помощью не обращался и был снят с диспансерного учёта.

Таким образом, большинство пациентов после удаления нёбных миндалин полностью выздоравливает. К рецидивам перитонзиллярных абсцессов приводят технические погрешности, допущенные хирургом при выполнении тонзиллэктомии. Если капсула миндалины или её верхний полюс, скрытый в рубцах, не полностью удалены во время хирургического вмешательства, следует ожидать в последующем нагноения клетчатки околминдаликовой области.

© В.Н. Гинькут, 2015

В.Н. ГИНЬКУТ, В.В. ГИНЬКУТ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ИБУПРОФЕНА ПРИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЛИХОРАДКОЙ

Лихорадка, как один из симптомов воспаления, встречается у 92 % пациентов с острой ЛОР-патологией (С.П. Кривопустов, 2010; С.Т. Gonzalez et al., 2012). Она очень часто сопровождает инфекционные и онкологические заболевания.

Гипертермия сама по себе нарушает общее состояние и самочувствие больного, снижа-

ет комплаенс, поэтому эффективное симптоматическое её лечение – важная составляющая комплексной терапии (J.C. Craig et al., 2010; R.G. Nijman et al., 2013).

Используемые при лечении лихорадки традиционные антипиретики обеспечивают непродолжительный эффект и поэтому внимание клиницистов сейчас привлекают более эффек-

тивніе і безопасніе средства (A.D. Hay et al., 2009).

Одним из наиболее хорошо изученных препаратов этого ряда является ибупрофен, который оказывает выраженное противовоспалительное действие (Ю.В. Марушко, Н.С. Бойко, 2014; E.R. Southey et al., 2009).

Целью данного исследования явилось изучение эффективности применения ибупрофена при комплексном лечении пациентов с острыми воспалительными заболеваниями ЛОР-органов, которые сопровождались лихорадкой.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 55 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет (мужчин было 29, женщин – 26) с гипертермией на фоне острой бактериальной ЛОР-патологии. У 25 больных был диагностирован острый гнойный пансинусит, у 13 – перитонзиллярный абсцесс, у 11 – острый гнойный средний отит и у 6 – флегмонозный ларингит.

У всех больных при поступлении в стационар выявлена фебрильная температура тела (в среднем она составляла $39,3 \pm 0,06$ °C).

По показаниям пациентам проводилось оперативное лечение – вскрытие перитонзиллярного абсцесса или абсцесса надгортанника, пункция верхнечелюстной пазухи, трепанопункция лобной пазухи, тимпанотомия.

Всем больным назначали антибиотики цефалоспоринового ряда II или III генерации либо защищенные пенициллины, проводили противоотечную терапию, в случае необходимости применяли антигистаминные препараты, гормоны, муколитики и местные антисептики.

С жаропонижающей целью всем пациентам в день госпитализации назначали ибупро-

фен по 400 мг два либо три раза в сутки. В указанной дозе больные принимали препарат в зависимости от необходимости в течение двух-трех дней под обязательным контролем картины периферической крови.

Для определения эффективности ибупрофена нами оценено среднее значение температуры тела у больных через 15 минут после приема препарата, а также через 1 час, через 3, 6 и 8 часов.

В течение суток после приема ибупрофена изучалась динамика симптомов, связанных с лихорадкой и интоксикацией.

Жалобы на общую слабость и снижение работоспособности в начале лечения предъявляло 100 % больных, на снижение аппетита – $85,0 \pm 5,2$ %, на боль в мышцах – $55,0 \pm 6,4$ % и на боль в суставах – $46,0 \pm 7,5$ % пациентов.

Результаты и их обсуждение.

Среднее значение температуры тела у больных через 15 минут после приема ибупрофена составило $38,2 \pm 0,05$ °C.

Следует отметить, что через 1 час после приема препарата температура тела существенно снизилась или стала нормальной у 90,9 % пациентов, через 3 часа – у 94,5 %, через 6 часов – у 100 % и через 8 часов – у 89,0 % больных.

Прием ибупрофена в течение первых суток достоверно ($p < 0,05$) снизил частоту жалоб на общую слабость у $88,0 \pm 4,5$ % больных, на снижение аппетита – у $75,0 \pm 5,4$ %, на миалгию – у $95,0 \pm 5,2$ % и на артралгию – у 100 % пациентов.

Вывод. Ибупрофен целесообразно применять при комплексном лечении острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов, сопровождающихся лихорадкой.

© В.Н. Гинькут, В.В. Гинькут, 2015

*О.В. ГОВДА, В.В. НИКОЛОВ, Л.В. ЯШАН, П.С. ПАВЛЮК, І.О. БІЛЬ, Л.А. ЧОРТКІВСЬКА
(ТЕРНОПІЛЬ, ЛЬВІВ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

ЦИНАБСИН В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРОСЛИХ

Для лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу запропоновано цілий ряд різних середників загальної та місцевої дії. Одним з таких препаратів загальної дії є Цинабсин. В інструкції по цьому препарату та в рекламних вклейках «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» зазначається висока його ефективність при гострому і хронічному синуситі. В оториноларингології Цинабсин з успіхом був

використаний в лікуванні дітей з аденоїдними вегетаціями і хронічними аденоїдитами (С.Б. Безшапочний і спіавт., 2010; О.І. Яшан і спіавт., 2011). Ми застосували Цинабсин в таблетках для лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 20 хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком

від 19 до 45 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився Цинабсин, та контрольну (10), які лікувалися за традиційною схемою. Групи були сформовані за віком і перебігом захворювання. Цинабсин призначався в дозах згідно інструкції: по 1 таблетці щогодини (але не більше 12 разів на день) до покращення стану, далі по 1 таблетці 3 рази на день. Таблетки хворі приймали за півгодини до вживання їжі, повільно розсмоктуючи в порожнині рота.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки носової порожнини), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у осіб основної групи. Так, 8 хворих з 10, що приймали Цинабсин, вказували на зникнення, 2 – на зниження секреції з носа, 8 – на відновлення носового дихання, 2 – на його покращення, 9 – на зникнення, 1 – на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники

були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 8 пацієнтів основної групи. Слизова оболонка носової порожнини у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 7 пацієнтів з 10. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 8 хворих основної групи. В контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 6 пацієнтів. Препарат Цинабсин всіма хворими переносився добре, алергічних реакцій та інших побічних ефектів не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування Цинабсину в лікуванні хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії пацієнтів з даною патологією. Одержані результати дають підставу рекомендувати Цинабсин для лікування хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит як протизапальний, протинабряковий, секретолітичний, імуномодуючий засіб. Цинабсин може поповнювати арсенал середників загальної дії, що використовуються в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих.

© О.В. Говда, В.В. Ніколов, Л.В. Яшан, П.С. Павлюк, І.О. Біль, Л.А. Чортківська, 2015

*О.Д. ГУСАКОВ, В.В. СКОРОБОГАТИЙ, В.Й. ДІДЕНКО, В.О. КАШИРІН, Д.М. КОКОРКІН,
О.О. ГУСАКОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)*

СУБПЕРІОСТАЛЬНА ОСТЕОКОНХОТОМІЯ У ЛІКУВАННІ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЇ ФОРМИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНІТУ

Не викликає сумніву факт залежності нейровегетативної форми вазомоторного риніту від стану вегетативної нервової системи. Симпато-парасимпатичний дисбаланс вегетативної іннервації, що при цьому спостерігається, реалізується крізь патологію ендоназальної судинної мережі, провідним фактором якої в патогенезі набуваючих розвиток морфологічних і функціональних порушень, є набухання кавернозних тіл, переповнення їх кров'ю, що приводить до гіпертрофії носових раковин та утруднення носового дихання.

Враховуючи, що консервативна терапія при вазомоторному риніті у більшості хворих мало ефективна, багато ринохірургів віддають перевагу функціонально зберігаючим операціям на носових раковинах. Арсенал запропонованих

методів хірургічного лікування даного захворювання досить різноманітний. Одним з них є підслизова резекція *os turbinale*.

Атравматичність остеоконхотомії по відношенню до покривного епітелію носових раковин вигідно відрізняє її від інших хірургічних втручань. Слизова оболонка при цьому залишається інтактною, кавернозні тіла не пошкоджуються і зберігається їх фізіологічна функція.

В наслідок субпериостального відшарування відбувається розрив пов'язаних між собою двох досить виражених вегетативних сплетінь: в підслизовому шарі та в окісті.

Носова раковина зі зміненим артеріо-венозним кровообігом зміщується латерально, тим самим збільшує просвіт порожнини і покращує носове дихання, зберігаючи при цьому

важливі у функціональному відношенні м'які тканини останньої та миготливий епітелій, що покриває її.

Доцільність видалення кісткового остова нижніх носових раковин підтверджується і даними досліджень Р. Tolsdorff (1983), при яких у видалених при підслизовій конхотомії кісткових фрагментах виявлені явища абактеріального остеомієліту.

Субперіостальна остеоконхотомія у хворих нейровегетативною формою вазомоторного риніту, за розробленою нами методикою (О.Д. Гусаков, 1981), застосовується протягом багатьох років. Всього прооперовано 430 хворих, як чоловіків так і жінок, у віці від 15 до 47 років. У всіх хворих був досить ємкий анамнез захворювання, що включає неодноразові курси консервативної терапії, хірургічну корекцію анатомічних дефектів порожнини носа, різні методи коагуляції, підслизової ультразвукової дезінтеграції

та ін. У 61 хворого остеоконхотомія проведена як передопераційна підготовки до функціонально-реконструктивної операції на вуслі.

Чинниками позитивного впливу або факторами ефективності можна вважати такі: відновлення адекватного носового дихання (без використання медикаментозних засобів), відсутність ринореї та «катаральних станів», відновлення нормального статусу порожнини носа при риноскопії, відсутність повторних звернень.

Таким чином, серед використовуваних методів лікування хворих на нейровегетативний риніт субперіостальна остеоконхотомія, за нашими даними, дала найбільший терапевтичний ефект практично у всіх хворих, за винятком випадків з явною алергічною патологією. Ця операція є нескладною, витонченою за виконанням, відрізняється патогенетичною спрямованістю хірургічного втручання.

© О.Д. Гусаков, В.В. Скоробогатий, В.Й. Діденко, В.О. Каширін, Д.М. Кокоркін, О.О. Гусакова, 2015

В.Л. ДІДКОВСЬКИЙ, В.Г. СТАСЬ, П.В. СТАСЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

РЕЦИДИВ ПАРАТОНИЗИЛЯРНОГО АБСЦЕСУ: АНАЛІЗ МОЖЛИВИХ ЧИННИКІВ ЗА ДАНИМИ МІСЬКОГО ЛОР-СТАЦІОНАРУ

Актуальність.

На території України паратонзиллярний абсцес зустрічається відносно часто – 10-15 випадків на 10 000 населення в рік (Д.И. Заболотний та співав., 2010). Для порівняння в США – 30 випадків на 100 000 (Johnson RF, Stewart MG 2005), в Північній Ірландії – 10 випадків на 100 000 (Hanna BC, McMullan R et al April 2006), в Данії – 41 випадок на 100 000 (Ehlers Klug T, Rusan M, et al., 2009).

Значна частина паратонзиллярних абсцесів можуть рецидивувати. За даними в літератури, частота рецидивів складає з 5% до 22%, з мінливістю по віку, статі та тривалості спостереження (Powell J, Wilson JA 2012; Mak CC, Spielmann PM et al 2012; Wiksten J, Hytonen M, et al 2012).

Близько 15% хірургів-оториноларингологів виступають за планову чи невідкладну тонзилектомію вже після одного випадку паратонзиллярного абсцесу у пацієнта, але більшість оториноларингологів все таки надають перевагу вичікувальній тактиці в лікуванні хворих після перенесеного вперше в житті паратонзиліту або паратонзиллярного абсцесу.

Мета: Проаналізувати можливі чинники рецидивів паратонзиллярного абсцесу та особли-

вості їх лікування в умовах міського ЛОР-стаціонару.

Матеріали і методи дослідження:

Було проведено ретроспективне когортне дослідження серед пацієнтів ЛОР-стаціонару в період за останні 6 років (2008-2014 рр.). Зроблений аналіз 1329 історій хвороб з діагнозом паратонзиллярний абсцес та паратонзиліт. Лікування цих хворих проводилось згідно Протоколу надання медичної допомоги хворим на паратонзиліт і паратонзиллярний абсцес (наказ МОЗ України від 24.03.2009р. № 181). Вибрано з них 32 пацієнта, які мали рецидив захворювання та 6 пацієнтів, яким при першій госпіталізації було проведено абсцестонзилектомію. Вивчено 71 історію хвороби пацієнтів з рецидивом захворювання. Досліджувались пацієнти від 15 до 65 років. Середній вік становив 27±5 років. Відношення чоловіків і жінок 20:18. Оцінювались епідеміологічні дані, клінічна картина, дані лабораторних методів дослідження, консервативне та хірургічне лікування.

Результати:

Всім хворим в день госпіталізації було проведено розкриття та дренивання абсцесу. В період від 2 до 6 діб після розкриття абсцесу 12

(40%) пацієнтам виконана двобічна тонзилектомія, з яких 10 пацієнтам була виконана абсцес-тонзилектомія під час другої госпіталізації, та 2 пацієнтам під час третьої госпіталізації.

В післяопераційному періоді 5 (16%) хворим, яким проводили абсцес-тонзилектомію призначалися гемостатики (етамзілат). Середня кількість ліжко-днів у хворих яким проводилось розкриття абсцесу склала $8 \pm 2,7$ та у хворих з тонзилектомією $8 \pm 2,5$. Виявлено, що у 4 (12,5%) пацієнтів перший рецидив спостерігався більше ніж через 2 роки, у 4 (12,5%) - через рік, і у 19 (60%) пацієнтів рецидив виник протягом перших 6 місяців.

Успіх лікування паратонзиллярного абсцесу залежить від вчасно та адекватно проведеного роз-

тину, а також від раціональної проведеної антибактеріальної терапії і імунного статусу пацієнта. Було проаналізовано кількість рецидивів захворювання залежно від стажу та наявної кваліфікаційної лікарської категорії лікарів, які працюють в відділенні.

Висновки:

За нашими даними частота виникнення рецидивів паратонзиллярного абсцесу в умовах міського ЛОР-стаціонару склала 28 на 1000 хворих. У хворих на паратонзиллярний абсцес рецидив виникає частіше протягом перших 6 місяців. Проведення абсцес-тонзилектомії не збільшує час перебування хворого в ЛОР-стаціонарі.

© В.Л. Дідковський, В.Г. Стась, П.В. Стась, 2015

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

КАШЕЛЬ – ПРОБЛЕМА ДИТЯЧОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ЧИ ПЕДІАТРА?

Кашель є найбільш частою причиною звернення хворих дітей до лікаря. Майже третина дітей, щоденно прийнятих в поліклінічному відділенні дитячим отоларингологом, мають скарги на кашель. Він є одним із симптомів дуже багатьох гострих та хронічних захворювань дихальних шляхів. Кашель є важливим рефлекторним механізмом захисту легень, бронхів, трахеї і гортані від попадання сторонніх часток, надлишків слизу і очищення їх від скупчення мокротиння, різноманітних мікроорганізмів та інших речовин. Кашльовий рефлекс викликається подразненням аферентних волокон чутливих нервових закінчень трійчастого, язикоглоткового, верхнього гортанного та блукаючого нервів запальним процесом в дихальних шляхах або впливом механічних, термічних чи хімічних факторів.

Для визначення причин виникнення кашлю у дитини важливим є правильно та професійно зібраний анамнез, аналіз скарг, а також проведення необхідних загальних клінічних, рентгенологічних та лабораторних досліджень.

В 2014 році нами комплексно обстежено 200 дітей, віком від 3 до 16 років, які були на прийомі у дитячого отоларинголога, і в яких, окрім інших симптомів, були скарги на кашель. Всім хворим була проведена передня і задня риноскопія, фарингоскопія, отоскопія, ларингоскопія, рентгенографія органів грудної клітки і приносових пазух, загальні лабораторні дослідження, огляд педіатра, алерголога.

В процесі обстеження нами встановлено, що у більшості 95 (47,5%) дітей, особливо малечого віку, кашель був обумовлений ГРВІ, в яких спостерігалось ураження, в тій чи іншій мірі, слизових оболонок дихальних шляхів. У 73 (36,5%) дітей із скаргами на кашель була патологія бронхолегеневої системи. Лише у 16,0% дітей з ГРВІ і симптомом кашлю виявлено патологію ЛОР-органів, із них риносинусит у 11, гострий тонзиліт у 6, гострий фарингіт у 5, гострий катаральний середній отит у 4, алергічний риніт у 3, ларингіт у 3 хворих.

При запальному процесі в порожнині носа та приносових пазухах слизово-гнійні виділення, завдячуючи дії миготливого епітелію, переміщуються в носоглотку, спускаються в глотку, звідки рефлекторно, проковтуються або відхаркуються. Ніякий кашель при цьому не виникає. Іноді слизові виділення з глотки, особливо в лежачому положенні, можуть подразнювати нервові аферентні рецептори вестибулярного відділу гортані, тоді спостерігається короткочасний приступ кашлю, у бронхах і легенях буде чисто. Завдячуючи існуючому в гортані сильному рефлексогенному механізму захисту, відкашлюється все що туди наближається. Тому мокротиння ніколи не може стікати в гортань, трахею чи бронхи. Природа мудра і вона не може допустити такої помилки. «Синдром постназального затікання» (postnasal drip syndrome) мокроти в нижні дихальні шляхи, як причина виникнення кашлю у дітей, нічим не

обґрунтоване та дуже перебільшене педіатрами.

Звучність кашлю є різна. При гострому ларингіті він грубий, «гавкаючий», аж до хрипоті та афонії, з утрудненням дихання. При бронхіальній астмі, попаданні стороннього тіла в нижні дихальні шляхи, кашель виникає у вигляді приступу. Беззвучний кашель існує при паралічі голосових складок, наявності трахеостомі, при значній слабкості хворого. Сухий і болючий кашель спостерігається при плевропневмонії. При аскаридозі існує тривалий сухий кашель. Специфічний кашель є характерним для туберкульозу легень. Сильний, глибокий, сухий чи мокрий кашель, є у випадках запалення трахеї, бронхів або легень. При коклюші виникають своєрідні несте-

рпні напади спазматичного кашлю. При хронічному аденоїдиті у дітей, інколи спостерігається сухий нічний кашель. Хронічні алергічні риносинусити можуть супроводжуватися сухим кашлем, оскільки в цих випадках часто існує одночасне ураження всієї бронхолегеневої системи. Покашлювання появляється при фарингіті і при ряду інших захворюваннях дихальної системи.

Отже, діти із скаргами на кашель представляють собою важливе завдання для лікаря-педіатра, який повинен досконало визначити причину кашлю, його характер, локалізацію, тривалість для правильної діагностики основного захворювання і призначити відповідне лікування. При потребі необхідно проконсультуватися з дитячим отоларингологом.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2015

В.В. ДЯЧУК, В.О. СІВАЧ (МУКАЧЕВО, УЖГОРОД; УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РИНИТУ ВАГІТНИХ

По даних літератури, у вагітних жінок, в 20-42% випадках спостерігається риніт. Закладання носа може початися в будь-який період вагітності, хоча зазвичай воно виникає у другому або третьому триместрі і самостійно проходить протягом перших 2-х тижнів після пологів. Не дивлячись на частоту риніту у вагітних, його ще недостатньо вивчено. Вважається, що основною причиною розвитку цієї недуги є значна гормональна перебудова в організмі вагітної, що приводить до великих змін в її організмі, в тому числі і в порожнині носа. Риніт у вагітних може негативно впливати, як на саму жінку, так і на розвиток її плода. Тому необхідним є подальше його вивчення.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу коливань атмосферного тиску, кількості опадів, температури і відносної вологості повітря, з врахуванням особливостей різних сезонів року, на перебіг і відповідно на лікування риніту вагітних, оскільки кліматичні фактори впливають на функціональний стан організму кожної людини.

Матеріалом для даного дослідження послужили 64 вагітних жінки, які були на обліку в жіночій консультації м. Мукачєва за 2012-2013 роки, в яких виявлявся риніт, без будь-яких проявів інфекції або алергії верхніх дихальних шляхів, віком від 18 до 25 років, різних триместрів, з першою вагітністю.

Основною скаргою всіх вагітних жінок було стійке і тривале утруднення носового дихання, а також наявність частих рідких слизових виділень з носа. В деяких вагітних жінок було періодичне чхання, свербіння в носі, нічне хрипіння, розлади сну, втома та головна біль і тимчасова гіпосмія.

Діагностичними критеріями риніту вагітних були їхні характерні скарги, дані анамнезу та результати об'єктивного ЛОР-огляду порожнини носа для виключення патології приносоних пазух. Інвазивні методи не застосовувалися.

Клінічна картина риніту вагітних характеризувалася закладанням носа, різного ступеня утрудненням носового дихання і слизовими виділеннями. При ЛОР-обстеженні спостерігалася значна набряклість передніх відділів нижніх носових раковин, які мали ціанотичний відтінок та звуження носових ходів. Всім вагітним жінкам проводилися вірусологічні, бактеріологічні, різні клінічні лабораторні дослідження, патології не було виявлено.

По даних обласної гідрометеослужби, атмосферний тиск, за вказані роки, змінювався в порівняно невеликих межах (745-753 мм. рт. ст.). Більшість осадків було у весняний і зимовий періоди (відповідно 315 і 230 мм), менше – літом і осінню (195 і 155 мм). Температура повітря коливалася зимою від +8,4 до -11,3 град. С, а літом – від +16,5 до +36,6 град. С. Відносна во-

логість повітря була самою високою зимою і весною (від 88 до 92%) і самою низькою – літом (52%). Тобто, низькій температурі повітря відповідала найбільш висока відносна його вологість і навпаки, існувала зворотна кореляційна залежність.

При низькій температурі і високій вологості повітря в зимні та зимньо-весняні місяці спостерігалось погіршення перебігу риніту вагітних. З підвищенням температури і зменшенням відносною вологості повітря у весняно-літній та літній період явища риніту вагітних мали полегшений перебіг. На прояви риніту вагітних впливали також різні добові і середньомісячні коливання температури повітря та інверсії на фоні високої її вологості, що суб'єктивно відмічали вагітні.

В лікуванні риніту вагітних існують обмеження у використанні медичних препаратів, які можуть негативно вплинути на розвиток плоду. Всім жінкам ми рекомендували проводити промивання порожнини носа соляним розчи-

ном декілька разів на день, який сприяє очищенню носа від слизи, знезаражує від мікробів та знижує набряклість слизової оболонки носа. Призначали також промивання носа розчином ромашки та звіробою. Рекомендували всім вагітним остерігатися холоду, сухого повітря, виконувати легкі фізичні вправи, масаж і дотримуватися позитивних емоцій. Спостерігаючи за функціональним станом носа на всьому етапі вагітності, виявлено зменшення об'єктивних клінічних ознак риніту та покращення суб'єктивних відчуттів вагітних жінок.

Отже, в результаті дослідження, нами виявлена залежність в динаміці перебігу риніту вагітних від сезонності року та метеорологічних факторів, що дає можливість, передбачити зміни в порожнині носа і виконувати необхідне індивідуальне лікування та його корекцію, сприяти профілактиці захворювання та прийняття відповідних заходів для покращення якості життя вагітних жінок.

© В.В. Дячук, В.О. Сівач, 2015

*А.Я. ЖЕЛТОВ, А.Д. ГУСАКОВ, В.А. КАШИРИН, А.Н. КОСТРОВСКИЙ
(ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ, С УЧЕТОМ ЭНДОСКОПИИ НОСОГЛОТКИ

Исследования последних лет показывают огромную значимость аденоидных вегетаций в становлении иммунитета у детей и подтверждают то, что их отсутствие приводит к снижению напряженности местного иммунитета и, как следствие, к развитию местной иммунологической недостаточности. Несмотря на большое разнообразие и широкую популярность современных методов консервативного лечения детей с гипертрофией глоточной миндалины, многие клинические ситуации требуют хирургического вмешательства. Широкое внедрение эндоскопических осмотров в детскую оториноларингологическую практику позволило качественно улучшить диагностику и выбрать нужную технику для операции, способствовать повышению эффективности конечного результата хирургического лечения.

В литературе говорится, что выполнение аденотомии под визуальным контролем позволяет дифференцировано удалить из носоглотки лимфоидную ткань, не нанося лишней операционной травмы окружающим тканям, выявить и

одномоментно откорректировать сопутствующую патологию окружающих структур (трубные валики, задние концы носовых раковин, боковые валики глотки и т.д.). Однако мало информации о том, какой же метод удаления и при какой локализации гипертрофированной лимфоидной ткани более обоснован и эффективен, особенно у больных с патологией среднего уха.

Цель наших исследований определить при каком расположении гипертрофированной лимфоидной ткани носоглотки, какой более предпочтителен метод хирургического лечения.

Нами прооперировано и проведен сравнительный анализ результатов 320 детей с аденоидными вегетациями, нуждающихся в хирургическом лечении.

Дети разделены на группы по расположению лимфоидной ткани (центральная, вплоть до хоан и средних раковин и по бокам носоглотки).

Все операции проводились под общим обезболиванием с ИВЛ. Положение больного лежа на спине. Использовались три способа хирургического лечения. Традиционная аденото-

мания проводилась аденотомом Бекмана. Шейверная аденотомия – с применением оборудования фирмы Medtronic. Холодноплазменная аденотомия оборудованием Coblator II.

Визуализация проводилась как эндоназально 0°эндоскопом, так и через рот при помощи 30°эндоскопа или гортанного зеркала.

При эндоназальной визуализации с помощью 0°эндоскопа оперировать неудобно, даже незначительное кровотечение мешает ориентироваться в операционном поле и окружающих тканях, кроме того при повреждении слизистой оболочки носа могут образовываться синехии,

поэтому эта методика нами практически не применялась.

Поэтому визуализацию мы осуществляли с помощью непрямой эпифарингоскопии 30°эндоскопом или гортанным зеркалом. При данном методе полость носоглотки полностью обозрима, особенно при использовании увеличения. Можно определить объем и распространенность лимфоидной ткани.

Сравнение хирургических методов удаления лимфоидной ткани носоглотки представлены в таблице. Результаты оценивались при эндоназальном осмотре 0° эндоскопом.

Критерии оценки качества аденотомии различными методами

Критерии оценки									
Методы аденотомии	Число операций	Обзор операционного поля	Доступ к хоанам	Доступ к боковым стенкам	Доступ по центру	Травматичность	Кровоточивость	возможность полного удаления	наличие рецидива через 1 год
аденотом Бекмана			-	-	+	++			
шейвер	150	+	+	+	+	+ -	+	+	1
Coblator II	100	+	+ -	+	+	-	-	+	0

Анализируя данные эндоскопического осмотра носоглотки можно на дооперационном этапе определить объем оперативного вмешательства и правильно выбрать, какой метод предпочтителен для операции. Благодаря наличию комбинации резания-отсоса в одном электроде в шейвере и коблаторе операционное поле полностью обозримо, что позволяет полно-

ценно, учитывая все принципы щадящей хирургии, минимально травматично удалять лимфоидную ткань из проблемных участков. Основываясь на результатах хирургического лечения можно рекомендовать шейверный и холодноплазменный методы как эффективные методы хирургического лечения при патологии носоглотки у детей.

© А.Я. Желтов, А.Д. Гусаков, В.А. Каширин, А.Н. Костровский, 2015

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

ИЗУЧЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Слизистая оболочка полости носа является защитным барьером дыхательных путей, поэтому она первая подвергается воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе профессиональных вредностей, пагубных привычек (табакокурение, наркомания), воздействию резкой смены температурного климата. Кроме того, слизистая оболочка носа

является той зоной, на которой каждую секунду осаждаются тысячи самых разнообразных микроорганизмов и инородных частиц (аллергенов). Находясь в постоянном контакте с вдыхаемым воздухом, слизистая оболочка реагирует появлением отека и возникновением большого количества секрета, что является главным фактором воспаления, при котором в обязательном поряд-

ке участвуют форменные элементы. В силу разности потенциалов между тканью и форменными элементами, последние, будучи заряженными отрицательно, передвигаются к заряженной положительно ткани, что определяет концентрацию Н-ионов. Согласно теории Шаде, повышение концентрации Н-ионов сопровождается увеличением осмотического давления и количества жидкости в ткани (местный ацидоз, набухание). А, как известно, гиперсекреция бокаловидных клеток и трубчато-альвеолярных желез, выходящих на поверхность слизистой оболочки полости носа, способна замедлять колебание ресничек вплоть до полной остановки и исчезновения их с поверхности клеток. Поэтому одним из необходимых условий работы мукоцилиарного клиренса является нормализация показателей рН секрета носовой полости.

Под наблюдением находилось 35 больных, госпитализированных в ЛОР отделение ОКБ с различного рода острыми и хроническими заболеваниями носа и параназальных синусов. 1-ю группу наблюдений составили 12 больных с острой патологией полости носа и параназальных синусов без гнойного и серозного выпота (катаральное воспаление), 10 больных с хроническими гнойными заболеваниями носа и параназальных синусов (экссудативное воспаление) и 13 больных с хроническими заболеваниями

полости носа (вазомоторный ринит), где имеет место серозный выпот в виде транссудата. Исследование проводили калориметрическим методом с помощью универсального электронного теста системы РН-98103 Economical pH Tester (Польша). При этом носовой секрет, извлеченный из носовой полости, помещали в кювету прибора, на дисплее которого отражался показатель рН. В результате проводимых исследований было выявлено, что наиболее выраженная кислотность (в диапазоне 6,0-6,25), наблюдается при остром воспалении в I группе, во II группе наблюдения, когда имеет место, хроническое гнойное воспаление, значения показателя рН секрета находились в диапазоне 6,3-6,7. В III группе наоборот наблюдался незначительный сдвиг рН от условной нормы (рН=7,0) в щелочную сторону (в диапазоне 7,2-7,3).

По результатам исследования было выявлено, что с увеличением интенсивности воспаления изменяется показатель рН среды (с тенденцией, преимущественно, в кислую сторону). Таким образом, методика определения кислотности носовых выделений в перспективе может быть применена как метод распознавания воспаления, являться критерием дифференциальной диагностики разных патологических процессов в полости носа и показателем эффективности проводимой терапии в динамике.

© А.С. Журавлев, О.Г. Аврунин, Н.О. Шушляпина, 2015

А.С. ЖУРАВЛЕВ, М.В. КАЛАШНИК, Е.В. ДЕМИНА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Проблема лечения хронических верхнечелюстных синуситов, не смотря на обилие методов и способов, сохраняет свою актуальность. Это обусловлено как полиморфизмом причинных факторов, так и характером сопутствующей патологии. Данные особенности обуславливают пристальный интерес к этому вопросу как оториноларингологов, так и челюстно-лицевых хирургов.

В связи этим, с целью совершенствования хирургической тактики в клиниках оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии ХГМУ за период с 2009 по 2015 гг. изучены клиничко-патоморфологические изменения у 286 пациентов с хроническим продуктивным гайморитом, которым произведено хирургическое лечение с использованием эндоскопического видеоконтекста. Разделение по этиологии забо-

левания позволило выделить одонтогенный причинный фактор у 118 (41,25) и риногенный у 176 (59,85) больных.

Хирургическое вмешательство проводилось трансмаксиллярным подходом по Рудакову в области переходной складки вертикальным разрезом до 1,5 см., что позволяло минимизировать объем хирургической травмы. Фрезой вскрывалась передняя стенка верхнечелюстного синуса с формированием апертуры в передней стенке синуса до 1,0 см. в диаметре. Затем, с помощью эндоскопа проводилась ревизия синуса с оценкой объема поражения и выраженности патологического процесса. Определялись изменения в различных отделах гайморовой полости. После элиминации патологически измененной слизистой оболочки в проблемных зонах проверялась проходимость соустья верхнечелюстного

синуса. С этой целью применялась разработанная в клинике методика регистрации интенсивности водно-воздушного потока. У 18 больных (6,3%) в порядке исключения производилось открытие соустья в области одной из доминантных фонтанелл.

Установлено, что как для одонтогенных, так и риногенных форм хронического гайморита характерным было во всех случаях нарушение проходимости верхнечелюстного соустья в виде полного или частичного блока. Поражение в виде продуктивных изменений в области альвеолярной зоны и латеральных бухт были установлены у 211 (73,7%) больных, что являлось более характерным для одонтогенных процессов. Кроме того, важным моментом являлось наличие продуктивных изменений в

зоне соустья (выводного канала) и винклеровской области, которые выявлены у 256 больных (89,5%). Нарушение анатомических структур в области остеамеатального комплекса в виде деформации крючковидного отростка или разрастания гиперпластических булл были выявлены у 169 больных (59,1%). В то же время, если у больных с риногенными формами гайморита эти изменения наблюдались у 141 (80,1%) случаях, то у пациентов с одонтогенными формами эти изменения отмечались лишь в 28 (23,7%) случаях.

Таким образом, использование эндоскопической видеотехники позволяет выявлять и уточнять характер внутрисинусных изменений, а также свести до минимума объем хирургической травмы.

© А.С. Журавлев, М.В. Калашник, Е.В. Демина, 2015

*А.С. ЖУРАВЛЕВ, М.В. КАЛАШНИК, Ю.М. КАЛАШНИК, И.В. КРЫЛОВА
(ХАРЬКОВ, УКРАИНА)*

ПРОФУЗНЫЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Купирование профузных носовых кровотечений, несмотря на свою многолетнюю историю, актуальна до настоящего времени. Этому способствует сохраняющаяся тенденция к возрастанию их удельного веса в общей структуре ЛОР-заболеваний. Значительный интерес представляют рецидивирующие кровотечения, обусловленные нарушением целостности дистальных отделов магистральных сосудов полости носа. Они сопровождаются значительной и остро развивающейся кровопотерей с быстрым развитием гиповолемических и геморрагических расстройств, приводящих к нарушению центральной гемодинамики. Данные изменения обуславливают расстройство жизненных функций организма. Наиболее частой причиной их возникновения являются травмы, гипертоническая болезнь, опухолевые и гнойно-воспалительные процессы.

Нами изучен характер кровотечений и результат комплексных лечебных мероприятий, проведенных у 289 больных, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-клинике ХГМУ за последние 15 лет (2000-2015 гг.).

По локализации и интенсивности кровотечения больные были разделены на три группы. В первую вошло 138 (47,8%) больных с профузными носовыми кровотечениями, кото-

рые были обусловлены травматическими и эрозивно-деструктивными процессами в области концевых ветвей а. sphenopalatina и аа. ethmoidales. В другой группе – 93 пациента (32,2%) источник кровотечения локализовался в передних отделах полости носа и был связан с общесоматической патологией. Остановка кровотечения больным I и II группам проводилась комплексным методом с проведением массивной местной и общей гемостатической терапии, наложением передней и задней тампонады, крио-, электро или лазерокоагуляцией кровоточащей зоны.

В последнюю группу выделено 58 (20,1%) пациентов, из которых у 49 больных (16,9 %) отмечались эрозивные кровотечения из бассейна а. maxillaries externa и palatine ascendens и у 9 (3,1%) из а. carotis interna.

У этих больных, в связи с отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии, осуществлялась хирургическая остановка кровотечения.

У 32 (11,1%) больных при массивных травматических и эрозивных поражениях костных структур полости носа, а также верхней челюсти производилась перевязка наружной сонной артерии. В 26 (8,9%) случаях после каротидной ангиографии выполнялась селективная дис-

тальная внутрисосудистая эмболизация. Все случаи закончились выздоровлением пациентов.

Таким образом, проведение хирургического вмешательства при повреждении дистальных отделов магистральных сосудов полости носа является в ряде случаев единственно ради-

кальным способом остановки кровотечения. В то же время, использование метода селективной дистальной эмболизации позволяет значительно расширить диапазон малоинвазивных видов остановки кровотечений и применять его как метод выбора.

© А.С. Журавлев, М.В. Калашник, Ю.М. Калашник, И.В. Крылова, 2015

А.С. ЖУРАВЛЕВ, А.В. ЛУПЫРЬ, Н.О. ШУШЛЯПИНА, Н.А. ЮРЕВИЧ (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Полипозный риносинусит – гетерогенное заболевание, при котором одним из характерных признаков является эозинофилия. В настоящее время полипозный риносинусит признается самостоятельной болезнью и имеет аутоиммунное происхождение. Полипы в данном случае являются признаком существующего заболевания, а не самим заболеванием. Авторы неоднократно задавались вопросом о корреляционной зависимости эозинофилов в полости носа и периферической крови. Так, проводимые исследования позволили полагать, что у пациентов с полипозом носа в носовой полости эозинофилы распределяются поразному, только лишь с разницей в притоке крови. Для решения этого вопроса необходимо идентифицировать эозинофильную природу заболевания, проведя исследование некоторых функциональных составляющих. Поэтому целью нашей работы явилось изучение взаимосвязей между показателями эозинофилов, специфический Ig E периферической крови и эозинофилов полости носа при полипозном риносинусите.

В исследовании проводилось установление количества эозинофилов в мазках-отпечатках слизистой оболочки носа и периферической крови, а также определения специфического Ig E в сыворотке обследуемых больных. При этом определено, что в целом в мазках-отпечатках преобладающее количество эозинофилов высоко вероятно встречается в пределах нормы: меньше 5 % ($61,1 \pm 2,62\%$); кроме того, у многих пациентов вероятно ($p \leq 0,001$) встречается в значениях: от 6% до 10% ($7,8 \pm 1,44\%$), от 11% до 20% ($7,2 \pm 1,39\%$) и от 21% до 35% ($6,1 \pm 1,28\%$). Такая же тенденция отмечена в количестве эозинофилов в периферической крови: преобладающее ее большинство вероятно

($p \leq 0,001$) отмечена в количественной группе до 5% ($83,0 \pm 2,02\%$) в сравнении с другими группами. Стоит отметить, что у обследованных нами больных с полипозным риносинуситом не всегда отмечается корреляция между повышенным содержанием эозинофилов в крови и мазках-отпечатках слизистой оболочки носа, что указывает на несоответствие показателей локального аллергического процесса (в слизистой оболочке носа) и в периферической крови.

Кроме того, в процессе исследования у больных с полипозным риносинуситом была обнаружена наиболее выраженная эозинофильная инфильтрация назальных полипов в сочетании с высоким уровнем концентрации специфического иммуноглобулина Ig E в сыворотке крови. При этом имела место прямопропорциональная зависимость между уровнем специфического Ig E к микроорганизмам и индексом носовой эозинофилии, что может свидетельствовать о таком характере воспаления, при котором патогенетический механизм в большей степени связан с Ig E в сочетании с эозинофильной инфильтрацией назальных полипов.

Таким образом, можно сделать вывод, что не существует какого-то единого механизма, ответственного за развитие полипоза носа. В патогенезе этой патологии значимым является комплексное взаимодействие различных звеньев, включая эозинофильную инфильтрацию ткани полипа, эозинофилию крови и уровень специфического Ig E, к микроорганизмам которые запускают каскад воспалительных реакций, где посредником выступает гистамин.

Понимание этих механизмов позволит прервать порочный круг заболевания и разработать новые методы терапии.

© А.С. Журавлев, А.В. Лупырь, Н.О. Шушляпина, Н.А. Юревич, 2015

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННЫХ СИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Воспалительные процессы параназальных синусов – одна из наиболее часто встречающихся патологий в структуре заболеваемости ЛОР органов. Синуситы могут являться причиной развития опасных для жизни осложнений, а у больных, страдающих сахарным диабетом, вероятность их возникновения значительно возрастает. При этом необходимо в кратчайшие сроки выбрать наиболее рациональную тактику лечебных мероприятий.

В ЛОР-клинике ХНМУ с 2010 по 2015 годы нами наблюдалось 156 больных синуситами в возрасте от 19 до 67 лет (мужчин – 81, женщин – 75), страдающих сахарным диабетом различной степени тяжести. Все пациенты были госпитализированы urgently (с острой формой заболевания – 64, обострение хронического – 92). У 23 из них имели место орбитальные осложнения: отек век – 9, периостит стенок орбиты – 3, субпериостальный абсцесс – 3, ретробульбарный абсцесс – 2, флегмона орбиты – 3, неврит зрительного нерва – 2, панофтальмит – 1. Комбинированное поражение тканей орбиты и гнойный менингит – 1, тромбоз кавернозного синуса – 1. Чаще гнойные орбитальные и внутричерепные осложнения возникали на фоне острого или обострения хронического фронтита (12), фронтотомоидита (5), гемисинуита (6).

Диагностика основывалась на жалобах больного, анамнестических данных и объективного исследования. Дополнительные методы исследования включали: общеклинические исследования, рентгенологическое исследование (рентгенография, КТ, СКТ), МРТ, эхоэнцефалография. Осуществлялись консультации смежных специалистов: невропатолог, офтальмолог, нейрохирург, терапевт, стоматолог, эндокринолог.

Больным с негнойными орбитальными осложнениями (10 пациентов) применена активная санация патологического очага с посто-

янным дренированием. Медикаментозная терапия назначалась с учетом индивидуальной чувствительности к антибактериальным препаратам. Кроме того использовались дезинтоксикационные, дегидратационные, десинсбилизующие, противовоспалительные средства, витамины, иммуномодуляторы, сосудосуживающие капли в полость носа. Физиотерапевтическое лечение включало дистанционную ИК-лазеротерапию, внутриполостное оксигенолазеровоздействие, внутриполостное криоорошение слизистой оболочки воспаленного синуса, ароматерапию, ингаляции с противовоспалительными смесями.

Пациентам с гнойными формами орбитальных осложнений (14) произведена срочная операция на причинной пазухе с дренированием гнойной полости в тканях орбиты. Лекарственная терапия включала введение антибактериальных, дегидратационных, дезинтоксикационных средств, антикоагулянтов и гормональных препаратов.

Корректировка гликемических показателей проводилась в случаях, когда их численные значения указывали на декомпенсацию углеводного обмена (более 10 ммоль/л). В этих случаях назначалось введение инсулина дробными дозами пациентам, страдающим как I так и II типом сахарного диабета. Больные, у которых уровень глюкозы крови находился в пределах от 7,5 до 10,0 ммоль/л, в его корректировке не нуждались и продолжали принимать сахароснижающие препараты в ранее назначенных им дозах.

Таким образом, у больных сахарным диабетом гнойно-воспалительные процессы в околоносовых пазухах несут в себе реальную угрозу развития орбитальных и внутричерепных осложнений. Адекватная комплексная терапия и своевременно проведенное оперативное лечение предопределяют благоприятный исход болезни.

БІОФІЗИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕХАНІЗМУ ГОЛОСОУТВОРЕННЯ ВІДНОВЛЕНОЇ ГОЛОСОВОЇ СКЛАДКИ ШЛЯХОМ ЕЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗІЇ

Рухливість відновленої під час хордектомії з використанням електротермоадгезії голосової складки (як результат герметичного з'єднання слизової гортані на місці видаленої голосової складки), та її участь в голосоутворенні (при цьому відбувається змикання новоствореної голосової складки із голосовою складкою здорового боку, або двох «зварених» складок при двобічній хордектомії) неможливо наявними методами дослідження: провести морфологічні дослідження неможливо (неможливість проведення експерименту на людині та крупних тваринах), а інтраскопічні методики не пояснюють механізм рухливості новозвареної голосової складки. Проведені дослідження на кафедрі біофізики національного університету ім. Т. Г. Шевченка допомогли вирішити цю проблему. Для цього були побудовані експериментальні модельні системи молекулярних механізмів зварювання голосових складок *in vitro*.

Як відомо, під час роботи встановлено, що використання постійного магнітного поля для визначення молекулярного механізму дії режимів електрозварки на муциновий гель визначається наступним:

При проведенні електрозварювання, біотканина взнає вплив електромагнітних полів. Для біотканин зміни в структурі відбуваються при малих магнітних полях в декілька ерстед (в нашій експериментальній роботі це були 4,3 ерстед. В ході експерименту визначалась кінетика змін температури муцинового геля від 37,3 до 50 (55 градусів Цельсія). Для характеристики цього процесу був використаний коефіцієнт

$$\gamma = \frac{T_i}{T_0},$$

де T_0 – температура в початковий момент вимірювання муцинового геля, T_i – температура в наступні моменти часу. нагрівання муцинового гелю, який попередньо витриманий в магнітному полі, відбувається з більшою швидкістю. Це означає, що режим електрозварювання прискорює структурні перетворення, які відбуваються в біополімерній системі. Зважаючи на дане твердження та використовуючи результати попередніх досліджень, процес з'єднання тканин гортані можна представити як послідовність чотирьох етапів. При цьому згадана тканина має складатись з сіток двох типів, які відіграють

основну роль у функціонуванні фізіологічних процесів гортані. Насамперед це поверхнева – муциновмістка сітка (поверхневий покрив слизу) та глибинна – колагеновістка (безпосередньо біотканина).

На першому етапі процесу електрозварювання відбувається безпосереднє з'єднання, тобто дві ділянки з'єднуються між собою для підготовки процедури електрозварювання. Другий етап можна умовно назвати етапом формування зони зварного шва і поділити його на дві стадії. На першій стадії при сумісній дії електричного струму та стискаючого напруження відбувається початковий етап розпорядкування сітчатих структур в обох шарах з'єднуючих тканин і утворення, так званої, зони зварного шва. На другій стадії другого етапу закінчується формування зони зварного шва (з). Впродовж цього етапу відбувається остаточне розпорядкування ланцюгів. Для муциноподібного шару характерно існування біополімерного розплаву, що складається з остових структур та розз'єднаних окремих частин сахаридоподібних ланцюгів. В колагеновісткому шарі (б) біополімерний розплав складається з сукупності клубкоподібних структур, які є наслідком розспіралізації потрібних спіралей. Третій етап – регенерація ділянки з'єднувальної тканини. Етап регенерації, як і попередній, умовно можна поділити на дві стадії. На першій стадії відбувається формування проміжної мезоморфної фази. В муциноподібному шарі за рахунок електростатичної взаємодії між біомолекулами відбувається наближення ділянок сахаридних ланцюгів до остову. В колагеновісткому шарі відбувається формування потрібних спіралей.

На заключному четвертому етапі відбувається остаточна регенерація в зоні зварного шва з утворення цілісної структури. В муциноподібному шарі та колагеноподібному шарі утворюється біомолекулярна структура, яка подібна до структур в обох з'єднуваних частинах тканини до проведення процедури електрозварювання.

Таким чином наведена експериментальна модель пояснює, що за рахунок пропускання електричного струму в зоні зварного шва виникає проміжна (мезоморфна) фаза, наявність якої впродовж регенерації забезпечує герметичність та надійність хірургічного з'єднання.

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СМЕРТЕЛЬНОЙ ТУПОЙ ТРАВМЫ ГОРТАНИ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Пострадавшие с травмами гортани в ходе досудебного и судебного следствия нередко становятся объектом судебно-медицинской экспертизы живых лиц и в случаях смертельной травмы. Вместе с тем морфология, механизм возникновения повреждений гортани у лиц, которые погибли при повешении, удушении руками, петлей изучались. Отдельные и уже устаревшие исследования (Блувштейн Г.П., 1965; Меламуд А.А., 1967; Кодин В.А., 1974; Фурман М.А., 1978) проведены на небольшом количестве наблюдений, не содержат четких диагностических критериев, которые позволяют установить конкретный механизм тупой травмы шеи в зависимости от вида тупого твердого предмета, механизм умирания. При этом имеется не так много современных научных работ (Белых А.Н., 1993; Праводелова А.О., 2005), которые проведены на достаточном количестве наблюдений и посвящены судебно-медицинской диагностике, установлению причин смерти у лиц, которые погибли от повреждений гортани при действии тупых твердых предметов. Некоторые исследователи при изучении механизма повреждений шеи делают акцент преимущественно на изучении внешних ее повреждений (Соседко Ю.И., 1996).

Учитывая выше изложенное представляет интерес наблюдение из нашей клинической практики и судебно-медицинской экспертизы смертельной тупой травмы гортани гр-на Л., 1950 г.р. Пострадавший Л. вечером 15.10.2014 г. на улице возле своего дома получил удар граблями в область шеи. За медицинской помощью сразу не обратился, пошел домой. Через час после травмы состояние больного стало ухудшаться, была вызвана машина скорой медицинской помощи. Пострадавший доставлен в больницу скорой и неотложной медицинской помощи, где осмотрен хирургом, травматологом, нейрохирургом. Неотложная помощь пострадавшему не оказана, он был перенаправлен в специализированный ЛОР стационар, куда, при поступлении через два часа после травмы, больной доставлен в крайне тяжелом состоянии. На момент осмотра имело место отсутствие внешнего дыхания, резко выраженный акроцианоз, внешний контакт отсутствовал, пульс на бедренных артериях определялся, зрачки были сужены. Диагностирована острая дыхательная недостаточность, травма гортани, посттравматический стеноз гортани. По-

страдавшему произведена коникотомия в положении сидя, после чего он перемещен в положение лежа и произведена прямая ларингоскопия. После аспирации крови вход в гортань и ее просвет необозримы из-за обширной гематомы. Для обеспечения полного минутного дыхательного объема произведена трахеостомия и в трахеостому установлена интубационная трубка, дыхание при принудительной экскурсии грудной клетки через последнюю определялось. В ходе проведенных неотложных мероприятий самостоятельное дыхание не восстановилось, пульс на бедренных артериях отсутствовал. Проведена безуспешная сердечнолегочная реанимация и констатирована биологическая смерть.

При судебно-медицинской экспертизе трупа Л., экспертами Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы установлены ссадины на передней поверхности шеи, кровоизлияния в подкожно-жировую клетчатку шеи по левой переднебоковой поверхности в верхней и средней трети, наличие жидкой крови в просвете дыхательных путей. Кроме того у Л. имелся сгибательный перелом левой пластины щитовидного хряща у места соединения пластин. Установлено фрагментное раздробление левого черпаловидного хряща, сгибательный перелом перстневидного хряща по левой боковой его поверхности. Имелся разрыв слизистой оболочки в проекции переломов хрящей гортани. На основании результатов судебно-медицинской экспертизы эксперты пришли к выводу, что причиной смерти Л. явилась закрытая травма шеи с переломами хрящей гортани, разрывами слизистой оболочки, осложнившаяся в своем течении скрытым кровотечением из сосудов поврежденной слизистой оболочки, закрытием дыхательных путей кровью и развитием механической асфиксии.

Исходя из приведенного наблюдения следует вывод, что необходимо повышать уровень компетентности врачей хирургов относительно оказания неотложной помощи при стенозах гортани различной этиологии. Судебно-медицинская диагностика телесных повреждений при смертельной тупой травме гортани требует совершенствования, необходимо комплексное изучение такой травмы для выявления четких диагностических критериев ее судебно-медицинской оценки.

© Н.В. Губин, Г.И. Гарюк, М.С. Саенко, В.Н. Губин, И.Ю. Распопова, В.Л. Чуваков, 2015

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕНІНГОЦЕЛЕ ТА МЕНІНГОЕНЦЕФАЛОЦЕЛЕ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

Менінгоцеле – спинозмозкова або черепномозкова грижа, при якій через дефект вип'ячується грижевий мішок, заповнений ліквором, і складається з мозкових оболонок. Менінгоенцефалоцеле – черепно-мозкова грижа, грижевий мішок якої містить ліквор та змінену тканину мозку.

На теперішній час, у зв'язку зі стрімким розвитком ендоскопічної ендоназальної хірургії, проблема назальних менінгоцелів та менінгоенцефалоцелів набула інших шляхів до її рішення. Цьому сприяє поява нових ендоскопічних систем, використання навігаційних систем, вдосконалення техніки ендоскопічного доступу, використання для пластики післяопераційного дефекту місцевих тканин – назосептальний лоскут.

На сьогодні, ендоскопічний ендоназальний доступ все ширше і ширше використовується при назальних менінгоцелях у зв'язку з меншою травматичністю в порівнянні з інтракраніальним доступом (значно менша операційна травма, скорочується перебування хворого у стаціонарі, менша кількість післяопераційних ускладнень). Однак для використання ендоскопічного ендоназального доступу має свої покази: це залежить від розміру кісткового дефекту (зазвичай до 2 см в діаметрі), та від його локалізації.

На базі відділу запальних захворювань за період 2009-2014 рр. було прооперовано 12

пацієнтів з менінгоцелем та менінгоенцефалоцелем основи черепа та приносних пазух. У 2 пацієнтів було виконано субкраніальний доступ (менінгоенцефалоцеле лобної пазухи, менінгоенцефалоцеле даху гратчастого лабіринту), у 10 останніх був використаний ендоскопічний ендоназальний доступ – основна пазуха, дах гратчастого лабіринту (дно ПЧЯ). При використанні ендоскопічного доступу вдалося повністю визначити межі кісткового дефекту, видалити грижевий мішок, надійно і герметично закрити дефект, зупинити лікворею. Пластика дефекту виконувалась з використанням широкої фасції стегна, кісткою, або хрящем з переділки носа, назосептальним лоскутом. Пластичний матеріал фіксувався з боку порожнини носа за допомогою балон катетера Фоллея, тампонів Merocel. У 3 пацієнтів в післяопераційному періоді було встановлено люмбальний дренаж. Тампон видалявся на другу добу, катетер Фоллея на сьому. Рецидивів і ускладнень не відмічалось.

Таким чином: ендоскопічний ендоназальний доступ завдяки розвитку ендоскопічної техніки дозволяє використовувати його у все більшій кількості випадків; ендоскопічний ендоназальний доступ дозволяє повністю видалити грижевий мішок і герметично закрити післяопераційний дефект.

© Д.Д. Заболотна, Е.Р. Ісмагілов, О.І. Паламар, 2015

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ЕНДΟΣКОПІЧНИХ ЕНДОНАЗАЛЬНИХ ДОСТУПІВ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕЛЯРНО-ХІАЗМАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Хірургія селярно-хіазмальної ділянки видозмінювалась і розвивалась протягом останнього століття. На даний момент розвитку переважають ендоназальні ендоскопічні доступи до основи черепа та кавернозного синусу. В зв'язку з залученням внутрішньо носових структур, відбувається їх інтраопераційна деструкція та травматизація. Це проявляється не тільки подовженням перебування в стаціонарі, але й функціональними порушеннями в пізньому післяопераційному періоді.

Тому метою нашого дослідження стало визначити залежність варіантів ендоскопічних ендоназальних доступів на наявність ринологічних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали й методи дослідження. Було досліджено 118 випадків, що проходили лікування на базі ДУ «Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» з приводу новоутворень селярно-хіазмальної ділянки. Вік пацієнтів коливався в проміжку 16-70

років. У всіх випадках проводилося ендоскопічне ендоназальне вилучення пухлин. В першій групі до якої увійшло 28 пацієнтів виконувалося трансептальне вилучення пухлини. В другій групі куди входив 41 пацієнт, де проводилися ендоскопічні ендоназальні деструктивні доступи до селярно-хізмальної ділянки. В третю групу увійшло 49 пацієнтів, де проводилися ендоскопічні ендоназальні органозберігаючі доступи до турецького сідла та кавернозного синусу. В пацієнтів де проводилися трансептальні доступи та деструктивні відмічалася більша кількість кірок в носових ходах, довше трималася субфе-

брильна температура тіла в післяопераційному періоді, подовжувалася тривалість ліжко-днів.

В пацієнтів, де проводилися ендоскопічні органозберігаючі доступи – слизова носові структури зберігалися та менш пошкоджувалася слизова оболонка. В ранньому післяопераційному періоді відмічалася незначна кількість кірок в носових ходах, скорочувалася тривалість ліжко-днів.

Таким чином при застосуванні ендоскопічних ендоназальних органозберігаючих доступів зменшується кількість ранніх післяопераційних ускладнень та часу перебування в стаціонарі.

© Д.Д. Заболотна, І.Р. Цвірінько, О. І. Паламар, 2015

*Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, М.Ю. ГРИЦЕВИЧ, Р.І. ШКЛЬОДА
(КИЇВ, ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНИХ ФАРИНГІТІВ

Незважаючи на широкий арсенал лікарських засобів, що використовуються при захворюваннях верхніх дихальних шляхів, збільшення кількості випадків загострень хронічного фарингіту та збільшення числа пацієнтів із даною нозологією дозволяє нам вивчати проблему та застосовувати нові комбінації лікування.

Метою дослідження було порівняти результати ефективності лікування загострень хронічних фарингітів консервативного лікування та комплексного лікування із застосуванням імуноотропних препаратів а також дослідити показники гуморального та місцевого імунітету під впливом лікування.

Матеріали та методи. У цьому повідомленні наводяться узагальнені дані 30 пацієнтів із хронічним фарингітом (18 чоловіків та 12 жінок), середній вік яких становив $32,3 \pm 0,7$ років. Серед них були хворі із різними формами хронічного запалення слизової глотки. В дослідження не включались пацієнти, із нелікованим карієсом чи періодонтитом; хворі з будь якими захворюваннями внутрішніх органів у стадії субкомпенсації чи декомпенсації; вагітні та жінки що годують грудьми. Також ми не включали у дослідження пацієнтів, що палять чи зловживають алкоголем і працюють в умовах підвищеної загазованості повітря.

Усі пацієнти поділені на дві групи, перша група що включала 10 пацієнтів отримувала лікування препаратом протизапальної дії Ангінотваг протягом 7 днів. Друга група отримувала лікування комбінацією препарату Ангінотваг та

Імупрет протягом 7 днів, після цього отримували 14-денний курс препаратом Імудон.

Оцінка результатів проводилася до лікування, на 5-й та на 10-й день захворювання сенсорно-аналоговою (відповідно до скарг пацієнтів) та візуально-аналоговою (відповідно до огляду проведеного лікарем) шкал. Здійснювався забір ротоглоткового секрету (де визначалася кількість секреторного IgA), сироватки крові (де визначалася кількість IgE, IgA, рівень антитіл до золотистого стафілококу), вивчався мікробний пейзаж слизової ротоглотки. Дослідження проводились до лікування, після завершення лікування, через 3, 6 місяців після лікування. Для орієнтації на рівні значень норми було обстежено групу із 11 практично здорових донорів.

Статистична обробка результатів проведена із використанням непараметричних критеріїв “U” Mann-Whitney для незв’язаних і “T” Wilcoxon для зв’язаних показників з допомогою пакету програм для статистичної обробки біометричних даних WinPEPI.

Висновки.

Використання препарату протизапальної та противірусної дії Ангінотваг, як монотерапії дає хороші результати лікування, про що свідчить зникнення симптомів та ознак фарингіту на 7-9 день захворювання. Проте у динаміці спостереження таких хворих, у них відмічались загострення захворювання в середньому через 2-3 місяці. У пацієнтів з другої групи спостерігалась ремісія захворювання впродовж 6 місяців спостереження. Також у них спостерігали пок-

ращения місцевого імунітету, відновлення вмісту гуморальних факторів неспецифічного захисту у ротоглотковому секреті у порівнянні з пер-

шою групою. Отримані дані можуть бути основою для розробки диференційованих схем лікування хворих з хронічним фарингітом.

© Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, М.Ю. Грицевич, Р.І. Шкльода, 2015

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ (КИЕВ, УКРАИНА)

МУКОЗАЛЬНЫЕ ВАКЦИНЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ)

Проблемы профилактики и эффективной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) в настоящее время являются одним из самых приоритетных направлений современной медицинской науки. Предположения о том, что предварительное введение в организм антигенов микроорганизмов, обитающих на слизистой ВДП и способных индуцировать патологические реакции и процессы в ней, будет снижать уровень заболеваемости возникали давно (П.П. Сахаров, 1955; Hellmann, 1933). Вместе с тем, первые попытки проведения мукозальной вакцинации микробными антигенами оказались малоэффективными. Так распыление в зеве больных хроническим тонзиллитом составных частей микробной клетки β -гемолитического стрептококка (П.П. Сахаров, Е.И. Гудкова, 1959) не приводило к снижению уровня заболеваемости ангины и ОРВИ и напряженному гуморальному специфическому иммунитету против гемолитических стрептококков. Наряду с этим экспериментальные и клинико-иммунологические исследования по изучению влияния на локальный и системный антителогенез прямой иммунизации через небные миндалины корпускулярными антигенами (Э.В. Гюллинг, О.Ф. Мельников, 1975; О.Ф. Мельников, 1984) показали высокую эффективность иммунизации и роль структур лимфоидного кольца в проведении локальной мукозальной вакцинации.

Появление в 90-х годах новых технологий получения антигенных материалов позволило создавать полиантигенные композиции из условно-патогенных микроорганизмов ВДП на основе рибосом, лизатов, фильтратов, механического дробления микробных клеток и различных конъюгатов с иммуномодуляторами и адъювантами. Все мукозальные вакцины, а некоторым формулировкам – бактериальные иммуномодуляторы) можно условно разделить на ло-

кально-системные и системные, а по способу выпуска – капсульные, аэрозольные, таблетированные. Использование МВ в течение 20 лет в клинике отоларингологии позволило выделить следующие разно векторные мнения по поводу применения МВ. Позитивный эффект от применения МВ всех типов несомненен: сокращение числа эпизодов заболеваний или обострений в течение года в 2-5 раз; выявляется более легкое течение респираторных инфекций. Обобщенный опыт применения МВ любого типа показал, что использование МВ должно проводиться на базе достаточного уровня функционирования системы иммунитета, т.е. иммунная система пациента должна быть приведена в состояния относительной нормы до начала проведения иммунопрофилактики с помощью МВ. Применение МВ при обострении воспалительного процесса или в остром периоде заболевания не всегда дает положительный результат, а в ряде случаев даже нецелесообразно. Обязательным условием при проведении мукозальной вакцинации является выяснение аллергологического статуса пациентов, поскольку у некоторых пациентов (~ 15%) при использовании МВ особенно локально-системного типа выявляется повышение уровня реактинов в крови и факторов клеточной сенсибилизации в ротоглоточном секрете. Определение антител в крови при использовании МВ с большим количеством микробных антигенов показало, что не всегда антитела образуются в достаточном количестве ко всем микробным антигенам, входящим в состав МВ.

Будущее использования и конструирования МВ лежит в плоскости создания моно или бивалентных композиций с иммуномодуляторами и ферментами и, вероятно, с участием инертных и резидентных форм микроорганизмов, что существенно приблизит условия вакцинации к естественным.

© Д.І. Заболотний, О.Ф. Мельников, 2015

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ДОСТУПИ ДО ПІДСКРОНЕВОЇ ТА КРИЛОПІДНЕБІННОЇ ЯМОК

Вдосконалення діагностики за рахунок широкого впровадження комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії значно покращило топічну діагностику пухлин, які вражають внутрішні структури носа, навколоносові пазухи з поширенням на основу черепа, підскроневу ямку та прилеглі анатомічні утворення. На особливу увагу заслуговують утворення, які виникають безпосередньо в підскроневій та крило піднебінних ямках (В.О. Маланчук та співавт., 2001, 2006; D.I. Branovan, S.D. Schaefer, 2001; R.T. Falcon et al., 2011; A.K. Deviah et al., 2013; R.I. Taylor et al., 2014).

Нерідко пухлини в цій ділянці довгий час розвиваються безсимптомно або маскуються під інші захворювання, чи виявляються взагалі випадково під час проведення КТ або МРТ з інших причин.

Існує багато різних доступів до підскроневої та крило піднебінної ямок, які запропоновані оториноларингологами, щелепно-лицевими хірургами, нейрохірургами, онкологами. В.О. Маланчук та співавтори (2006) їх згрупували по чотирьом напрямкам (верхній, нижній (каудальний), передній та латеральний доступи) в залежності від місця розрізу шкіри та остеотомій – резекцій кісткових структур.

Разом з тим, з розвитком ендоскопічної ендоназальної хірургії у багатьох випадках за умови чіткої локалізації та без масивного поширення за межі підскроневої та крило піднебінної ямок підхід до останніх оториноларингологами проводиться трансмаксиларно та ендоназально – трансптериготально (через птеригопалатинальну ямку), або латеральний чи медіальний птериготальний відросток.

За останні роки нами проліковано 63 хворих з пухлинами носа та навколоносових пазух з поширенням на прилеглі анатомічні утворення та підскроневу і крило-піднебінну

ямки, гістологічна структура яких представлена наступним чином: ангіофіброми – 23, саркоми – 7, неврилемоми – 9, рак – 5, менінгеоми – 3, остеобластокластоми – 3, нейрофіброми – 2, естезіонейробластоми – 1, краніофарингеоми – 1, інші – 9. Первинна локалізація пухлин: ніс та навколоносові пазухи і носоглотка – 27 хворих, крилопіднебінна ямка – 25, середня черепна ямка – 6, гайморова пазуха – 2, інші – 3. Усі пухлини мали поширення в підскроневу ямку. Проведені хірургічні втручання: орбітовилічний доступ – 30 хворих, підскроневий доступ – 15, лобно-скроневий доступ – 6, поєднана передня та бокова краніофасціальна резекція – 3. Окремо виділено ендоскопічний розширений доступ – 9 хворих (у 4 випадках – трансптериготально, 5 – трансмаксиларно та трансптериготально).

Ендоскопічний трансптериготальний та трансмаксиларний підходи – це стандартний оториноларингологічний підхід для резекції пухлин підскроневої та крило піднебінної ямок. При великих пухлинах важлива роль надається відкритим і навіть комбінованим краніофасціальним підходам з остеотомією і частковою або тотальною резекцією верхньої чи нижньої щелепи, тобто в кожному випадку є свої показання і недоліки.

Пошуки раціональних підходів до підскроневої ямки показали, що в кожному конкретному випадку кожен з них заслуговує на увагу. Разом з тим, якщо пухлина походить і розташовується тільки в підскроневій ямці або і порожнині носа та навколоносових пазухах з проростанням в підскроневу ямку, може бути застосований найменш травматичний ендоскопічний підхід через верхньощелепну пазуху або птериготальний відросток. Втручання легше переносять пацієнти, зменшується кількість післяопераційних ускладнень.

*Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, М.Б. САМБУР, Т.Д. САВЧЕНКО, Ю.В. ШУКЛИНА,
Л.Д. КРИВОХАТСКАЯ, Т.А. ЗАЯЦ, М.Д. ТИМЧЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ВАКЦИНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ

Частота рецидивов папилломатоза гортани по данным различных авторов достигает 30%, не смотря на многочисленные работы по улучшению диагностики и лечения этого заболевания. Целью нашей работы было повышение эффективности терапии и профилактики рецидивов папилломатоза гортани (ПГ) с использованием в комплексе послеоперационной противорецидивной терапии противовирусной профилактической квадριвалентной вакцины «Гардасил».

У всех пациентов методом ПЦР были обнаружены ВПЧ 11 и 6 типов, их ассоциация между собой или с ВПЧ высокого канцерогенного риска. Хирургическое удаление папиллом проводилось с использованием микроскопической и эндоскопической техники. Противорецидивное лечение всех больных включало интраоперационное введение аминокaproновой кислоты в/в, в послеоперационном периоде – лаферобион ингаляционно в дозе 300 тыс.ед. № 10, витаминно-минеральный антиоксидантный комплекс, содержащий витамины А, Е, С и др. Кроме того 21 больной с часто рецидивирующим течением заболевания (больше 3 рецидивов в год) получили курс вакцинации, который состоял из 3 доз и проводился по схеме 0-2-6 месяцев.

Эффективность проведенной терапии определяли клинически по частоте появления рецидивов папилломатоза и увеличению межрецидивного периода, а также по данным лабораторных исследований показателей клеточного и гуморального иммунитета больных.

Исследования иммунологической реактивности больных ПГ выявило у них разнонаправленные изменения функциональной активности естественных цитотоксических клеток

(ЕЦК), снижение общего числа Т-лимфоцитов (преимущественно за счет CD4⁺- субпопуляции), дисбаланса в системе интерферонов с угнетением продукции λ- и γ-интерферонов клетками крови при повышении спонтанной продукции ими интерферона in vitro, гипериммуноглобулинемии классов М, А и Е, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, TNF-α и IL-4 в сыворотке крови, существенное увеличение содержания секреторного IgA в секрете ротоглотки.

Показано, в течение 2-3 лет после вакцинации частота возникновения рецидивов у больных основной группы (4,8%) была достоверно ниже ($p=0,02$), чем в группе сравнения (23,5%). Кроме того, проведенное лечение привело к нормализации большинства измененных показателей иммунологической реактивности пациентов, а именно увеличению общего числа Т-лимфоцитов крови и их CD4⁺-субпопуляции, нормализации стимулированной функциональной активности ЕЦК, концентрации ЦИК и TNF-α, повышению продукции клетками крови альфа- и гамма-интерферонов.

Таким образом, полученные результаты исследований, указывающие на существенное уменьшение у больных частоты рецидивов ПГ, отсутствие у них случаев злокачественной трансформации заболевания в течение срока наблюдения, нормализация большинства выявленных нарушений иммунологической реактивности и отрицательные результаты ПЦР-анализа по выявлению ВПЧ после проведенного лечения свидетельствуют об эффективности использования вакцины «Гардасил» в комплексе противорецидивной послеоперационной терапии больных ПГ.

© Д.И. Заболотный, М.Б. Самбур, Т.Д. Савченко, Ю.В. Шуклина, Л.Д. Кривохатская, Т.А. Заяц, М.Д. Тимченко, 2015

О.Г. АВРУНИН, Ю.М. КАЛАШНИК, М.В. КАЛАШНИК, Я.В. НОСОВА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ АКТИВНОЙ РИНОМАНОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИСКРИВЛЕННОЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ

В настоящее время в общей структуре патологических процессов верхних дыхательных путей сохраняется высокий удельный вес забо-

леваний носа и околоносовых пазух. Среди причин, которые приводят к развитию хронических заболеваний верхних дыхательных путей нема-

ловажное значение имеют анатомические изменения и деформации образований полости носа, которые оказывают значительное влияние на изменение аэродинамики воздушного потока во время носового дыхания. Таким образом, изучение особенностей воздушного потока в полости носа и состояния вентиляционно-дренажных характеристик придаточных полостей носа имеет первостепенное значение в диагностике и лечении ринологической патологии. Современным инструментальным методом оценки дыхательной функции носа является риноманометрия, позволяющая вычислять аэродинамическое носовое сопротивление по измеряемым значениям объемного расхода и перепада давления. Метод известен достаточно давно, однако в силу различных причин достаточно редко используется в практике оториноларинголога. Это связано с методологическими особенностями измерений (передняя и задняя активная риноманометрия, спокойное или форсированное дыхание) и наличием диагностического оборудования. Также, несомненно, влияние ограничений функциональных методов исследования (низкой повторяемости результатов, вариабильностью носового цикла, индивидуальными физическими возможностями пациента). Это приводит к сложности оценки данных и коррелированию результатов диагностики. Поэтому остаются открытыми вопросы, связанные со сравнительной оценкой показателей диагностических процедур, и в первую очередь, результатов передней и задней риноманометрии.

Целью исследования является проведение сравнительной оценки показателей носового дыхания при передней и задней активной риноманометрии в норме и при искривлении носовой перегородки.

Исследования проводились на базе ЛОР-отделения КУОЗ «Областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф». В основной группе проводились риноманометрические исследования у 40 пациентов с явно выраженным нарушением носовой перегородки и субъективными жалобами на существенное затруднение носового дыхания. Группа контроля состояла из 18 здоровых людей без нарушения функции носового дыхания. Измерения показателей носового дыхания проводили с помощью опытного образца компьютерного риноманометра для тестирования носового дыхания с блоком перепадно-расходных характеристик (КРМ типа ТНДА-ПРХ), который позволяет реализовывать оба метода (передней и задней) активной риноманометрии при различных режимах дыхания. Различия данных методов заключается в том, что в

соответствии с законом Паскаля при передней риноманометрии измеряется дифференциальное хоанальное давление, а при задней – носоглоточное. При передней активной риноманометрии измерение перепада хоанального давления проводилось с помощью воздуховодной трубки с obturatorом, герметично устанавливаемом в противоположной исследуемой половине носа. При задней активной риноманометрии дыхание также осуществлялось поочередно через каждую половину носа. Для этого неисследуемая половина носа герметично obturировалась с максимальным соответствием методики передней риноманометрии.

Исследовались следующие показатели: расходы воздуха и перепады давлений при очередном дыхании половинами носа, значения дифференциальных и общих аэродинамических носовых сопротивлений при передней и задней активной риноманометрии соответственно.

Анализ результатов показал, что при спокойном дыхании в норме значения носового сопротивления методов передней и задней активной риноманометрии отличаются не более чем на 20%. При этом систематическая погрешность наблюдалась в сторону повышения носового сопротивления при задней риноманометрии. Это обусловлено дополнительным незначительным увеличением перепада давления в эпифарингеальной области. При форсированном дыхании различие повышалось до 50%, что связано с турбулентностью воздушного потока и большим влиянием структур эпифаринкса (за счет увеличения потерь по длине) на общее сопротивление при задней активной риноманометрии. При искривлении носовой перегородки аэродинамическое носовое сопротивление возрастало, в среднем в 1,8-2 раза при спокойном дыхании и до 4-х раз – при тесте с форсированным дыханием с сохранением тенденции в различии методов риноманометрии.

По результатам работы можно сделать вывод, что методы как передней, так и задней активной риноманометрии чувствительны к изменению сопротивления воздушного потока. При этом, в случаях отсутствия патологических изменений в эпифарингеальной области можно компенсировать различия в показаниях обоих методов введением поправочных значений исходя из выявленной систематической погрешности. Метод задней риноманометрии предпочтителен, так как позволяет исследовать носовое дыхание как поочередно через обе половины носа, так и совместно. При форсированном дыхании наиболее сильно проявляется увеличение сопротивления структур носа воздушному потоку. Такой режим тестирования можно считать

более диагностически значимым, особенно при исследовании максимальных показателей дыхания. Точные численные аэродинамические по-

казатели носового дыхания важны в динамике при сравнительном анализе результатов лечения и оценке выбора адекватной терапии.

© О.Г. Аврунин, Ю.М. Калашник, М.В. Калашник, Я.В. Носова, 2015

Ю.М. КАЛАШНИК, Н.А. ЮРЕВИЧ (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В настоящее время сохраняется устойчивая тенденция возрастания количества больных с хроническим ларингитом (ХЛ). В то же время, эффективность лечебных мероприятий не всегда является удовлетворительной. Это диктует необходимость для более тщательного выявления причинных факторов в развитии ХЛ. В этой связи, одной из причин, способствующих недостаточно эффективному лечению больных ХЛ является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

Гастроэзофагеальные забросы способствуют поддержанию воспалительных изменений в гортани, усугубляют тяжесть и длительность течения заболевания. Гастроэзофагеальный рефлюктат вместе с другими агрессивными этиологическими факторами может вызывать воспалительные изменения гортани с последующим изменением состояния бактериального и иммунного статуса.

В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение характера изменений иммунитета у пациентов с хроническим ларингитом в зависимости от клинических проявлений ГЭРБ.

Нами было проведено изучение системного иммунитета в 1-й группе – у 22 пациентов с ХЛ и сопутствующей ГЭРБ, которые составили 1 клиническую группу. 2 группа сравнения состояла из 15 больных с ХЛ без признаков патологии со стороны желудочно-кишечного тракта. Контрольная группа состояла из 11 практически здоровых лиц без патологии органов пищеварительной и дыхательной системы.

Клинический диагноз ХЛ устанавливали на основании жалоб, данных анамнеза, непрямой ларингоскопии. Диагностика ГЭРБ основывалась на клиническом обследовании врачом – гастроэнтерологом с изучением функционирования системы пищеварения с использованием эзофагогастродуоденоскопии.

Объективно при ларингоскопии в 1 группе – у 15 человек (68,2 %) отмечалась яркая диффузная гиперемия голосовых складок, отечность слизистой оболочки гортани, у 2 пациен-

тов (9,1 %) отмечалось утолщение слизистой оболочки с местами очагово-инфильтративного характера, у 5 больных (22,7%) слизистая оболочка была истончена, покрыта вязкой слизью, голосовые складки истончены, у 18 больных (81,8%) наблюдалось ограничение подвижности голосовых складок, более выраженное в области задней комиссуры. Во второй группе – у 8 больных (53,3%) отмечалась гиперемия голосовых складок, у 4 пациентов (26,7%) гиперемия умеренно выраженного локального характера, у 3 больных (20%) - регистрировалось утолщение слизистой оболочки.

Иммунологические исследования включали оценку системного иммунитета. У больных 1 группы с ХЛ на фоне ГЭРБ определялась четкая закономерность изменения иммунных реакций, как гуморального, так и клеточного типов. Наиболее выраженные изменения системного иммунитета у больных с ХЛ и ГЭРБ были в виде повышения уровня цитокинов: IL-1 β , -8; снижения количественных изменений главных субпопуляций Т-лимфоцитов: CD4⁺ и CD8⁺; увеличение IgA, G. При изучении системного иммунитета у больных 2 группы изменения выявлены только со стороны повышения уровня продукции цитокинов.

Таким образом, у больных с ХЛ и сопутствующей ГЭРБ были выявлены изменения в системе иммунитета, как клеточного, так и гуморального звена. В то же время, у больных с изолированной формой хронического ларингита эти показатели системного иммунитета не изменялись. Общими изменениями для обеих групп было повышение уровня продукции всех цитокинов. Таким образом, при изучении системного иммунитета отмечалось выраженное повреждающее действие ацидо-пептического фактора.

При проведенных клинических исследованиях было выявлено, что ХЛ при наличии ГЭРБ по некоторым показателям имеет более тяжелое течение, чем у тех, кто не имеет сочетанной желудочно-кишечной патологии.

© Ю.М. Калашник, Н.А. Юревич, 2015

АТОМЕР – ПРОПОЛИС В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КРИОКОНХОТОМИИ И КРИОТОНЗИЛЛОТОМИИ

В настоящее время широко стали применяться отдельно морская вода и прополис для улучшения послеоперационного течения ЛОР-больных. Морская вода, как известно, имеет большой состав солей и микроэлементов, оказывающих благоприятное влияние на слизистую оболочку полости носа и глотки. А прополис обеспечивает бактерицидный, противовирусный, противовоспалительный, иммуностимулирующий эффекты. Атомер – прополис (сочетание двух природных сил) производится в Греции. Представитель в Украине: ООО «Митек», Атомер – прополис оборудован специальным распылителем, что обеспечивает глубокое и мягкое орошение слизистой оболочки носовой части глотки. Объем распыливания контролируется автоматически.

Спрей Атомер – прополис нами использовался в послеоперационном периоде после криоконхотомии и криотонзиллотомии. Больным с ринитами применялись одноцикловая криоконхотомия (после предварительной анестезии аэрозольное 10% лидокаина) с экспозицией от 50 до 60 секунд. А больным с хроническим тонзиллитом (после анестезии 10% лидокаина) применялась одноцикловая криотонзиллотомия с экспозицией от 60 до 90 секунд.

Под наблюдением находились 160 больных (95 с различными формами ринита и 65 с хроническим тонзиллитом), получавших атомер

– прополис по 2 впрыскивания в каждую половину носа и глотки 3 раза в день, в течение недели.

Кроме атомер – прополиса при заложенности в носу больные получали сосудосуживающие капли в нос, а также местно Биоптрон про – 5 сеансов. Наши наблюдения показали, что у больных после применения атомер – прополиса уже на первый, второй день слизистое содержимое в полости носа и миндалин после криовоздействия было жидким и легко удалялось во время туалета носа и глотки.

В контрольной группе – 10 больных, на следующий день и на 2-3 сутки после криовоздействия отделяемое в носу и глотке было более густым, вязким, что делало туалет носа и глотки более трудоемким, длительным, а полное восстановление дыхания через нос несколько задерживалось. В контрольной группе улучшение обонятельной функции и чувство першения в глотке также задерживалось на 3-4 дня.

В течение всего периода лечения атомер – прополисом ни у одного из пациентов не наблюдалась аллергическая реакция как в монотерапии, так и в комплексе с другими препаратами. Таким образом, использование атомер – прополиса после криоконхотомии и криотонзиллотомии способствует более быстрому восстановлению субъективного самочувствия, обоняния и дыхания через нос.

© Р.Д. Карал-Оглы, 2015

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИПОВ И ГРАНУЛЕМ ГОРТАНИ

Причины возникновения полипов и гранул гортани весьма разнообразны: хронические воспалительные процессы верхних дыхательных путей, неадекватные голосовые нагрузки, механическое раздражение слизистой оболочки гортани, курение, употребление алкоголя, аллергические процессы, аутоиммунные нарушения, стрессовые ситуации. Ряд авторов ведущую роль в развитии гранул гортани отводят ларингофарингеальному рефлюксу (ЛФР) (R. Shimazu, 2014; C. Storck, 2009; K. Tsunoda, 2007). Механизм повреждения слизистой оболочки гортани

желудочным содержимым до настоящего времени окончательно не выяснен, вместе с тем назначение ингибиторов протонной помпы в пред- и послеоперационном периоде при удалении полипов гортани значительно сокращает количество рецидивов (J.H. Chung, 2014).

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комплексной терапии ЛФР-ассоциированных полипов и гранул гортани.

Материалы и методы. За период 2009-2014 гг. в ЛОР-клинике мы наблюдали 65 паци-

ентов с полипами гортани и 33 пациента с гранулемами гортани, у которых был установлен ЛФР. В исследование вошли больные от 18 до 71 лет. Для объективизации ЛФР-ассоциированных поражений гортани проводилось рН-мониторирование верхнего отдела пищевода. Всем больным производилось эндоларингеальное удаление полипов и гранул гортани с последующим патоморфологическим исследованием материала. Эндоларингеальное удаление при непрямой ларингоскопии произведено 42 (42,85%) больным, с использованием эндоскопической техники – у 56 (57,15%). В послеоперационном периоде пациентам основных групп (n=35 среди полипов гортани и n=18 гранулем гортани) наряду с антибактериальным, десенсибилизирующим, противооточным и противовоспалительным лечением проводилась антирефлюксная терапия, которая включала в себя назначение препаратов омепразола 40 мг 2 раза в сутки, домперидона 10 мг 3 раза в сутки и антацидных препараты. Курс лечения составлял в среднем 2 месяца. Сроки наблюдения составили от 1 года до 3-х лет. В группах сравнения (полипы гортани n=30 и гранулем гортани n=15) антирефлюксная терапия не проводилась.

Результаты и их обсуждение.

У всех пациентов с полипами и гранулемами гортани был диагностирован кислый рефлюкс. При динамическом наблюдении у пациентов основной группы с полипами гортани, которые получили курс антирефлюксной терапии, рецидивов заболевания зафиксировано не было.

У пациентов из группы сравнения рецидивы полипов гортани были отмечены у 5 (14,29%). Наиболее ранний срок возникновения рецидива отмечен через 7 месяцев, а наиболее поздний – через 3 года и 2 месяца от момента проведения лечения.

У одного (5,56%) пациента с гранулёмой гортани из основной группы был зафиксирован рецидив через 1 год и 5 месяцев после проведенного антирефлюксного лечения. У пациентов из группы сравнения было отмечено 7 случаев рецидива гранулемы гортани (46,67%). Сроки возникновения рецидива составили от 3-х месяцев до 1 года 7 месяцев.

Выводы. Ларингофарингеальный рефлюкс является важной причиной развития неопластических заболеваний гортани и был диагностирован у 33,68% больных с полипами и 48,52% с гранулемами гортани.

Игнорирование ЛФР как причинного фактора в развитии патологии гортани приводит к длительному и неэффективному лечению пациентов данной группы. При этом рецидивы у больных с гранулемами гортани на фоне ЛФР, возникали значительно чаще (46,67% случаев), чем у пациентов с ЛФР-ассоциированными полипами гортани – (14,29%).

Пациентам с ЛФР-ассоциированными полипами и гранулемами гортани необходимо помимо традиционного лечения проводить антирефлюксные мероприятия с использованием кислотоснижающих препаратов, прокинетиков и антацидов.

© В.В. Кизим, Е.А. Юренко, Я.В. Кизим, 2015

В.В. КИЗИМ, Е.А. ЮРЕНКО, Е.А. КОШИК, Я.В. КИЗИМ, А.П. РЫБАЛКО (КИЕВ, УКРАИНА)

БИОМАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

По данным зарубежных авторов, из всех пациентов, обратившихся к отоларингологу, у 15% имеются клинические проявления ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР) (F. Fatokhi, 2007). На сегодняшний день рН-мониторирование в пищеводе и глотке является «золотым стандартом» диагностики ЛФР. В ответ на патологический рефлюкс в слизистой оболочке гортани и глотки снижается уровень угольной ангидразы (J.M. Wood, 2011). Кроме того, существует мнение, что гиперпластические изменения в гортаноглотке происходят под действием пепсина (D.M. Bulmer, 2010). Вероятно, что при ЛФР пепсин нарушает барьерную функ-

цию через повреждение межклеточного соединительного комплекса (МСК). МСК состоит из адгезивных соединений (Е-кадгерин-катениновый комплекс) и плотных контактов. Адгезивные соединения представлены большим семейством трансмембранных гликопротеинов (кадгеринов), ответственных за кальций-зависимую межклеточную адгезию и взаимодействия. Плотные контакты представлены несколькими цитоплазматическими и мембранными белками, включающими ZO-I и окклюдин, комплекс которых формирует первичный барьер прохождению растворенных веществ через межклеточное пространство. Таким образом, исследование изменений адгезион-

ных белков и белков плотных соединений при ЛФР в слизистой оболочке гортани может оказаться весьма перспективным при изучении патогенеза данного заболевания.

Целью исследования оценить возможность использования биомаркеров в диагностике ЛФР путем изучения экспрессии адгезионного белка Е-кадгерина и пролиферативной активности клеток эпителия слизистой оболочки гортани.

Материалы и методы. В 2010-2013 гг. в ЛОР-клинике ИНВХ мы наблюдали 114 пациента с гиперпластическими и нодозными заболеваниями гортани, ассоциированными с патологическим рефлюксом. Женщины было 36 (31,5%), мужчин - 78 (68,5%). Возраст больных варьировал от 21 до 74 лет, медиана – 42,5 года. Пациентам проводилось стандартное исследование ЛОР-органов и фиброларинго-гастро-дуодено-эзофагоскопия; рН-мониторирование пищевода и глотки. После обследования 86 (75,4%) больным выполнено эндоларингеальное удаление образований с обязательным проведением морфологического исследования. Далее выполнялось иммуногистохимическое исследование экспрессии Е-кадгерина и определялась митотическая активность клеток измененного эпителия по Ki-67.

Результаты и их обсуждение. При патогистологическом исследовании операционного материала хроническое воспаление с различной степенью дисплазии многослойного плоского эпителия отмечено у 24 (27,9%) больных, выраженный гиперкератоз эпителия выявлен у 13 пациентов (15,1%), из них с акантозом – 4 (4,6%). У 31 (36,0%) оперированных были диагностированы ангиофиброзные полипы; у 13 (15,1%) «грануляционные полипы»; у 5 (5,8%) плоскоклеточные папилломы. Для проведения иммуногистохимического исследования были отобраны образцы 16 пациентов (мужчины – 12, женщины 4) с явлениями выраженного гиперкератоза (11) и плоскоклеточными папилломами (5). Установлено снижение интенсивности экспрессии Е-кадгерина у 7 (63,6%) пациентов, в том числе отмечены очаговые потери экспрессии данного маркера в эпителии. Экспрессия Ki-67 присутствовала в клетках всех слоев эпителия, составляла от 3 до 14%.

Выводы. Использование адгезионных маркеров пролиферативной активности является перспективным в изучении патогенеза ЛФР-ассоциированных гиперпластических и нодозных заболеваний гортани. Рассмотренные биомаркеры могут быть применены в диагностическом алгоритме ЛФР.

© В.В. Кизим, Е.А. Юренко, Е.А. Кошик, Я.В. Кизим, А.П. Рыбалко, 2015

ОЛЕКСАНДР ОМЕЛЯНОВИЧ КИЦЕРА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ІНГАЛЯЦІЙНА БАЛЬНЕОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ДИСТРОФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НОСА

Сучасні дослідження показують, що сухість слизової оболонки носа (СОН) властива жителям великих, до того ж – забруднених міст. Тут відіграє роль надмір озону, забруднення довкілля. Наслідком особливого поєднання шкідливих факторів є **синдром хворого будинку – sick building syndrome**, характерний для офісних будівель. Вивчення патогенних впливів, притаманних офісам, показало, що провідними серед причин цього синдрому є:

- низька (11...24%) вологість повітря в офісних приміщеннях,
- хімічні фактори – передусім ксилен та толуол, 2-пропанол, гептани, формальдегід та інші альдегіди (власне через те екологічно чисті кулькові ручки та фломастери позначаються – «не містить ксилену, толуолу»);

- офісна пилюка, концентрацією понад 394 мг/м³.

- механічне кондиціонування з утворенням холодного та сухого повітря.

Наступним фактором, що сприяє сухості СОН є її **пошкодження частинками пилу**: силікатного, цементного та ін. Співробітники нашої кафедри встановили, що сухість слизової оболонки носа розвивається після 8...10 років праці на виробництві цементу. Польські оториноларингологи виявили сухість слизової оболонки носа у 42% працівників металургійної промисловості. Дистрофічні зміни СОН з її висиханням часто-густо є **побічним ефектом лікування**: тривалого застосування топічних деконгестантів, деяких назальних спреїв.

Субатрофічний чи атрофічний риніт супроводжується порушенням функції, а згодом – атрофією миготливого епітелію, його заміною на багатошаровий плоский епітелій, зникненням слизових залоз, утрудненням дихання через ніс, насиханням шкірунок, дизосмією.

Серед численних лікувальних методик, пропонованих різними авторами при дистрофічних ринітах добрий ефект, за нашими дослідженнями, дає інгаляційна бальнеотерапія (ІБТ) гідрохлоридно-карбонатними мінеральними водами (Поляна Квасова, Боржомі). Метод широко доступний, зокрема, в західному регіоні України. Ентузіастом інгаляційної бальнеотерапії 60-х – 80-х років минулого століття був зокрема В.В.Петрецький (Ужгород). На зламі 80-х – 90-х років інгаляційну бальнеотерапію (ІБТ) широко впроваджено до арсеналу лікувальних заходів в Львівській обласній клінічній лікарні – базі кафедри оториноларингології. Відомо, що слаболужні мінеральні води підвищують активність війок миготливого епітелію, стимулюють мукоциліарний транспортвдільну функцію СОН.

В наш час ІБТ, зокрема при дистрофічних (субатрофічних, атрофічних) ринітах, з використанням мінеральних вод типу «Єсентуки-17», «Яворницька», «Боржомі» передбачена Стандартами надання медичної допомоги в Україні.

З давніх часів жителі Турківського району Львівської області і прилеглих районів Закарпаття використовували мінеральну воду Розлуцького родовища, популярно названу «Поташівкою» («поташем» в Галичині довоєнних часів називали гідрокарбонат натрію) при гіперацидних гастритах, виразці шлунку та, зокрема, при сухості в носі і горлі. Ще 1940-х років співробітниками Інституту геології надр Академії Наук Української РСР проведено перші аналізи мінеральних вод Розлуцьких джерел. У каталозі мінеральних вод СРСР джерело №2 (так позначено джерело «Поташівки») відзначено як палеогенове.

Одеський НДІ курортології ІГН АН УРСР 1979 року провів комплексне дослідження підземних джерел Розлуцького родовища мінеральних вод з дослідженням їх біологічної активності і можливості застосування в лікувальній практиці. В результаті проведених досліджень виділено дві бальнеологічні групи мінеральних вод:

1. Слабомінералізована гідрокарбонатно-натрієво-кальцієва вода типу «Нафтуся»-джерело №1.

2. Гідрокарбонатно-натрієва вода середньої мінералізації («Поташівка») – джерело №2.

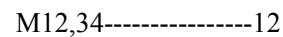
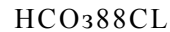
Слід відзначити, що в складі Розлуцького родовища мінеральних вод є ще одне джерело,

вода якого містить сполуки заліза, проте вода цього джерела ще чекає хімічного вивчення та клінічних випробувань.

Від уже згаданих вод відомих курортів мінеральна вода № 2 Розлуцького родовища найближча до «Боржомі», відрізняється від неї лише газовим складом. Необхідно зазначити, що, за винятком вод групи «Поляна Квасова», курорти України позбавлені лужних мінеральних вод.

З огляду на це нашу увагу привернула гідрокарбонатно-натрієва вода середньої мінералізації Розлуцького джерела №2. Фізичні властивості води цього джерела такі: вода не має відчутного запаху, її смак солоно-лужний, вона практично прозора, безколірна, питома вага – 1,007...1,008, температура 6...10⁰ С.

Формула хімічного складу:



На початку 60-х років у ЛОР-клініці Львівського медичного інституту вперше застосовано інгаляції аерозоллю мінеральної води джерела № 2 Розлуцького родовища, результати доповідались на засіданні наукового товариства отоларингологів. Був отриманий позитивний ефект у хворих на дистрофічну форму склероми, озену, субатрофічний риніт. З'ясувалося, що вода добре переносить транспортування, не міняє свого складу щонайменше протягом 10 днів за умов зберігання в скляному посуді при температурі не вище 4⁰С (в холодильнику). Це підтвердили результати фізико-хімічних аналізів, проведених після 10-денного зберігання як у лабораторії Трускавецького курорту, так і на кафедрі токсикологічної і аналітичної хімії нашого інституту.

Дослідження ефективності ІБТ проводилося у 160 хворих після ринохірургічних операцій (риносеptoортопластичні операції на скелеті зовнішнього носа і втручання на анатомічних утвореннях порожнини носа), що їх ми обрали, як модель вторинного дистрофічного риніту. Перед хірургічним втручанням у осіб, які спостерігалися нами, скарг і об'єктивних даних, які б свідчили про наявність дистрофічного процесу в верхніх дихальних шляхах, не виявлено. Обстеження проводилося до хірургічного лікування, на третій день після операції і в день закінчення інгаляційної терапії. Умови інгалювання були такими: температура мінеральної води – 37⁰ С, час інгаляції 10 хв, курс лікування – 10...12 інгаляцій. Використовувався інгалятор серійного виготовлення «Аерозоль УИ-2».

Внаслідок застосування аерозоллю мінеральної води № 2 Розлуцького родовища на 14

день після операції у більшості хворих зникало або зменшувалося відчуття сухості в носі, покращувалося зволоження слизової оболонки носа. Остання звільнялася від шкуринок, покращувалися функціональні показники: прохідність носа, температура слизової оболонки, секреторна і транспортна функція. Ці дослідження лягли в основу кандидатської дисертації Ю.Г.Рибачука.

Від часу проведення цього дослідження ІБТ увійшла до арсеналу лікувальних засобів

© Ол.Ом. Кіцера, 2015

низки лікувально-профілактичних установ Львова та області. Вона успішно використовувалася також при хворобах бронхо-легеневої системи, для досягнення муколітичного і мукокінетичного ефектів.

Ідея створення на базі Розлуцького родо-вища реабілітаційного відділення, як для хворих з патологією шлунково-кишкового тракту, так і для осіб, хворих на дистрофічні процеси слизової оболонки дихальних шляхів і осіб, що перенесли ринологічні втручання все ще актуальна.

*В.В. КІЩУК, О.Д. БОНДАРЧУК, І.В. ДМИТРЕНКО, К.А. ЛОБКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ
(ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

НАШ ДОСВІД В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМУ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБНОЇ ПАЗУХИ

Вдавлені переломи передньої стінки лобної пазухи зустрічаються за даними літератури приблизно в 1% випадків від травм носа та при- носових пазух. Вдавлені переломи передньої стінки лобової пазухи завжди є оскольчатими, уламки в правильному положенні самостійно не утримуються, тому необхідно виконувати їх репозицію. Для вирішення проблеми «життєзда- тності» пазухи, обов'язковим є визначення функціонування лобно-носового співвустя.

Нашою **метою** було підвищити ефективність хірургічної допомоги, та пришвидшити реабілітацію в післяопераційному періоді хворих з ізольованим переломом передньої стінки лобної пазухи.

Матеріали та методи.

Під нашим спостереженням знаходилося 27 хворих з переломом передньої стінки лобної пазухи В ЛОР відділення ВОНЛ ім. М.І. Пирого- ва поступив хворий Д., 1997 р.н., з скаргами на наявність вдавленої деформації в ділянці правої лобної пазухи, яка з'явилась після отриманої тра- вми тупим предметом. На СКТ грамах при носо- вих пазух візуалізується компресійний перелом передньої стінки правої лобної пазухи з м'якотканним однорідним компонентом в поро- жнині. Хворому була проведена правобічна фрон- тотомія супраорбітальним доступом. Під час операції видалено кров'янистий згусток з пазухи, за допомогою елеватора передня стінка видавле- на до переду і зафіксована в фізіологічному по- ложенні. За допомогою підключичного катетера,

який був введений в воронкоподібне заглиблення носолобного співвустя з просвіту пазухи, проми- то фізіологічним розчином з додаванням діаман- тового зеленого. Розчин без перешкоди з'явився в носовій порожнині, що свідчить про нормальне функціонування співвустя. Це дає нам право бути впевненими в нормальному функціонуванні па- зухи в подальшому. Після виконана трепанопун- кція в цілій частині передньої стінки пазухи, для введення ліків і промивання останньої в післяо- пераційному періоді. Рана пошарово ушита, на- кладена гіпсова лонгета на лобну ділянку. Хво- рому призначена антибактеріальна, протизапаль- на, десенсибілізуюча терапія. Місцево в перші три доби після операції в пазуху вводили 1 мл. гідрокортизону з розчином адреналіну і орзолу. З четвертої доби пазуху промивали розчином фу- рациліну. Канюля видалена на 7 добу, шви знято. На контрольних СКТ грамах відмічається повне відновлення форми пазухи з збереженою її пнев- матизацією. Хворий виписаний з відділення на 8 добу.

Висновки

Визначення функціонального стану носо- лобного співвустя, є ключовим моментом в ви- борі подальшої тактики хірурга, під час опера- ції, при переломах передньої стінки лобних па- зух

Дана методика дозволяє значно зменшити об'єм операції та післяопераційний період при визначенні нормального функціонального стану носолобного співвустя.

© В.В. Кіщук, О.Д. Бондарчук, І.В. Дмитренко, К.А. Лобко, А.І. Барціховський, 2015

АТЕЛЕКТАЗ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ В ПРАКТИЦІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Мета: Визначити тактику міждисциплінарного підходу до проблеми ателектазу гайморової пазухи та його наслідків у практиці ЛОР-лікарів, офтальмологів та щелепно-лицьових хірургів.

Актуальність: Ателектаз верхньощелепної пазухи (ВЩП) або «синдром німого синусу», або Silent Sinus Syndrome – це патологічний стан верхньої щелепи, при якому відбувається ряд деформацій, пов'язаних з колапсом стінок пазухи. За даними літератури в світі за останні 50 років було описано близько 100 випадків. Ми звернули увагу на цю проблему тому, що на базі нашої клініки було виявлено 5 випадків за останній рік. На сьогодні в медичній практиці все більше уваги приділяється вирішенню проблеми міждисциплінарного підходу при лікуванні пацієнтів із захворюваннями щелепно-лицьової ділянки.

Матеріали та методи: Клініко-радіологічні обстеження та анамнестичні дані п'ятих хворих з синдромом німого синусу за 2014 рік.

Результати та обговорення: Трикутна форма гайморової пазухи ідеально забезпечує сприйняття, амортизацію і передачу жувального тиску в обхід очниці. Тому будь яке пошкодження однієї з стінок пазухи може стати причиною початку ателектазу. Переважна більшість авторів стверджує, що ателектаз ВЩП виникає в наслідок блокування природнього співвустя, при цьому пазуха працює тільки на стиснення, а остеомеатальний комплекс працює як клапан. Клінічні прояви: енофтальм, гіпофтальм, бінокулярна диплопія, асиметрія нижньої стінки орбіти, зменшення внутрішнього об'єму і повне заростання пазухи м'якотканним вмістом та ін-

ше. Під нашим наглядом знаходилося 5 хворих різних вікових груп, від 7 до 46 років, 3 жінки, 2 чоловіка. В літературі описані та запатентовані різні методи хірургічного лікування «німого синусу»: 1) ендоскопічна ендоназальна гайморотомія: розширення природнього співвустя гайморової пазухи, а другим етапом може проводитись хірургічне лікування енофтальму; 2) пластика верхньої стінки ВЩП зі сторони очниці за допомогою біоматеріалу «Аллоплант», який добувається з дерми підшви у вигляді набору пластин; 3) остеометалосинтез, конструкції можуть бути встановлені у вигляді сітки у ВЩП та фіксуватись гвинтами, також можуть формувати підтримуючий каркас для очного яблука та нижньої стінки орбіти. Але ці методи не завжди дають позитивний результат, часто зустрічаються рецидиви. В основному цією патологією займаються офтальмологи лікуючи енофтальм своїми методами. На даний час в нашій клініці опрацьовуються методи по використанню для пластики верхньої стінки гайморової пазухи біокомпозит «Синтекіст», результати яких будуть представлені у віддаленому періоді.

Висновки:

Завдяки широкому використанню СКТ-діагностики, ателектаз верхньощелепної пазухи є більш поширеною патологією ніж вважалося ще 5 років тому.

Дана патологія лежить на межі спеціальностей ЛОР-хвороб, очних хвороб та щелепно-лицьової хірургії, тому вимагає комплексного підходу та сумісної співпраці лікарів для вирішення питання лікування цього захворювання і спонукає до розробки нових методів хірургічного лікування ателектазу гайморової пазухи та його наслідків.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, О.С. Жижкіна, 2015

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

ВИКОРИСТАННЯ МІСЦЕВИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТУ

Актуальність: гострий риносинусит (ГРС) – запалення слизової оболонки носа і як мінімум однієї з навколونосових пазух. Це стан входить в десять, які найбільш часто зустрічаються в прак-

тиці сімейного лікаря. У США в 2005 р. з приводу ГРС було приблизно 25 млн. звернень за медичною допомогою. У Росії частка осіб з ГРС, які проходять госпіталізацію в лор-відділенні, досягає

36%. За даними МОЗ України частка пацієнтів з ГРС складає 29-33 % по різних регіонах України.

Дана проблема актуальна із поширеністю захворювання: згідно різних даних епіддосліджень, що провели протягом останніх п'яти років, більш ніж в тридцяти країнах світу, в тому числі і в Україні, захворюваність риносинуситом збільшилась в два рази за останнє десятиліття, а число госпіталізованих з цим діагнозом збільшується на 1,5-2 % щорічно. Частими рецидивами захворюваності є наслідок неефективної тактики лікування, неадекватно підбраної терапії, наявні причини утрудненого носового дихання (викривлена переділлка носа, гребні, шипи переділки, поліпи ін.), що погіршують аерацію пазух.

Гострий бактеріальний риносинусит розвивається зазвичай після вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів, що ускладнюється приєднанням бактеріальної інфекції. Збудником гострого риносинуситу в 96,5-97,7% випадків є бактеріальна мікрофлора, що як правило за даними досліджень в представлена монофлорою. Як і при інших позалікарняних інфекціях дихальних шляхів, основні бактеріальні збудники ГРС представлені *H. influenzae* і *S. pneumoniae*. Дещо менша роль належить *M. catarrhalis* і метициліночутливому *Staphylococcus aureus*. В останні десятиліття відзначається зростання стійкості *S. pneumoniae* до макролідів і тетрацикліну, *H. influenzae* і *M. catarrhalis* – до незахищених амінопеніцилінів. Тому і виникає питання раціональної протимікробної терапії, особливо тієї, яку можна застосовувати місцево.

Згідно останніх рекомендацій лікування ГРС полягає в ерадикації бактеріальних патогенів у місці локалізації інфекції для зменшення тривалості симптоматики, нормалізації стану синусів, запобігання розвитку ускладнень, зниження ймовірності переходу в хронічне запалення, зменшення тривалості використання пероральних та/або парантеральних форм антибактеріальних препаратів.

З цієї метою в комплексному лікуванні для місцевої дії використовують різноманітні лікарські речовини, прикладом якого в більшості випадків виступає розчин фурациліну (1:5000), що відноситься до препаратів нітрофуранового ряду і активний по відношенню до грампозитивних бактерій та грамнегативних паличок.

Матеріали та методи: дослідження проводили на базі ЛОР-відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Було обстежено і проліковано 50 хворих із двобічним гострим верхньощелепним бактеріальним рино-

синуситом, що складала 2 групи: основну – 25 хворих, які отримували стандартну схему лікування та промивання верхньощелепних пазухи «Фурасолом», контрольну – 25 хворих, що отримували стандартну схему лікування та промивання верхньощелепної порожнини фізіологічним розчином 0,9 % NaCl. Серед пролікованих пацієнтів 22 особи чоловічої статі, 28 – жіночої статі. Середній вік пацієнтів становив 32,1±1,1 рік.

Результати та обговорення: лікування пацієнтів основної групи обов'язково включало використання місцево розчину «Фурасол» – діюча речовина фурагін розчинний, це синтетичний антибактеріальний препарат із широким спектром протимікробної дії, мала токсичність препарату, більш активна, ніж у його попередників дія на резистентні штами, виражений антибактеріальний ефект, діє бактеріостатично та бактерицидно в залежності від концентрації препарату, в терапевтичних дозах стимулює лейкопоез.

Внаслідок проведеного лікування у всіх пацієнтів основної групи відмічався виражений позитивний ефект. Після проведеного аналізу результатів лікування відмічався більш швидший (приблизно з третьої доби від початку лікування) регрес симптомів захворювання у пацієнтів з основної групи: із 25 пацієнтів 20 хворих відмічали практичне зникнення патологічних виділень на 5-ту добу, 5 – зниження секреції на 5-у добу, 22 – на відсутність головного болю на 3-ю добу, 15 – на покращення носового дихання на 5-у добу, 17 – на відчуття швидшого одужання вже на 5-й день лікування. Об'єктивно на 5 день лікування слизова носу приходила до норми (слизова носу рожева, чиста, волога, патологічних виділень не відмічається, носове дихання вільне, при промиванні – промивні води чисті).

В контрольній групі всі показники були нижчими і регрес захворювання настав набагато пізніше (на 8-10-й день лікування). Об'єктивна клінічна картина в контрольній групі нормалізувалася на 9-10-й день лікування у 18 хворих, у решти хворих покращення стану наступило на 10-11-у добу від початку лікування.

Висновки: застосування препарату «Фурасол» в комплексному лікуванні бактеріального риносинуситу призводить до більш швидкого регресу симптомів захворювання, і як наслідок, більш швидкому одужанню хворих, покращенню якості життя, що в свою чергу зменшує час перебування на стаціонарному лікуванні та перебування на лікарняному листі.

ЗАГАЛЬНОПАТОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ВИКЛИКАНИХ ГЕРПЕСВІРУСНИМ ІНФІКУВАННЯМ

Широка розповсюдженість різних типів вірусів герпесу людини (ВГЛ, HHV) та значне інфікування ними населення змушує приділити серйозну увагу механізмам розвитку і клінічним проявам герпесвірусних (ГПВ) уражень. Особливого значення для отоларинголога, враховуючи механізми розвитку ГПВ патології, набувають такі чинники. 1. Формуванню вхідних воріт інфекції в ділянці слизових оболонок верхніх дихальних шляхів (первинний афект) сприяє висока частота аерозольного і контактного (орального) механізму інфікування. 2. Нейротропізм та/або лімфотропізм ВГЛ різних типів визначає характер і місце переважних проявів хронічної персистуючої або реактивованої ГПВ інфекції в зоні професійного інтересу отоларинголога. 3. Імунодефіцитна хвороба, викликана тривалою персистенцією або реактивацією ВГЛ, призводить до розвитку чисельних суперінфекцій бактерійної, грибової або вірусної природи і потребує наполегливого лікування основного захворювання (ГПВ інфекція), а не його клінічної маски.

Первинна ГПВ інфекція, в залежності від стану імунної системи людини та кількості патогена, може мати прихований (безсимптомний), стертий, абортівний або клінічно маніфестний перебіг. При клінічній маніфестації картина буде відповідати гострому інфекційному захворюванню. Залежно від типу вірусу вона може імітувати гостре респіраторне захворювання або мати симптоматику вітряної віспи, гострого інфекційного мононуклеозу, раптової екзантеми новонароджених. При хронічних формах персистуючої або реактивованої ГПВ інфекції спостерігаються органні ураження, які є типовими для окремих типів ВГЛ. Ми не маємо на меті систематичне викладення особливостей захворювань, щовикликані різними типами ВГЛ, а лише намагаємось звернути увагу на деякі синдроми та нозологічні форми захворювань, які постійно перебувають в сфері уваги отоларинголога та інколи можуть лишитись нерозпізнаними.

Внаслідок взаємодії ВГЛ з клітинами-мішенями в них може бути індуковано зміни, які призводять до виникнення або модифікації низки типових патологічних процесів, таких як запалення, алергія, пухлини, що буде визначати спектр клінічних проявів тканинних і органних уражень. Крім того, ВГЛ може слугувати індикатором генетичних порушень, які після інфіку-

вання людини патогеном спричиняють особливо тяжкий перебіг або навіть летальну форму захворювання.

Основою герпесвірусного ураження є цитопатична дія патогена. Інфікована клітина може самоліквідуватись за механізмом апоптозу, індукованим білковими факторами натуральних кілерів, перфорином та гранзимами, з подальшою активацією ендогенних ферментних білків каспазного каскаду. У разі апоптотичної загибелі клітини запальна реакція не спостерігається. ВГЛ може втрутитись в регуляцію апоптозу, внаслідок чого клітина стає резистентною до дії гранзимів і не відтворюватиме апоптотичний механізм самознищення. В результаті спрацьовує інший, альтернативний, механізм, що не потребує збереження системи апоптозу. Завдяки активації системи комплементу плазми крові за класичною схемою, формуються мембранатакуючі комплекси, ключову роль в яких відіграє С8-компонент комплементу. Після цього клітина гине за механізмом некрозу шляхом осмотичного лізису, що супроводжується розвитком запалення і появою клінічних симптомів захворювання.

Продуктування інфікованою клітиною альфа-інтерферонів (α -ІФ) і фактору некрозу пухлини α (ФНП- α), які блокують внутрішньоклітинну репродукцію ВГЛ, також сприяє розвитку запалення в осередку інфекції і викликає низку системних проявів. Це дозволяє локалізувати інфекцію і попередити її подальше поширення. Однак надлишкова продукція ФНП- α та α -ІФ, при наявності дефекту протизапальних регуляторних механізмів (наприклад, дефіцит ІЛ-10), може призвести до розвитку надзвичайно небезпечного для життя хворого синдрому системної запальної відповіді з клінічною картиною вірусного сепсису, який може виникнути після первинного зараження або реактивації вірусу.

Нейротропні типи ВГЛ (HHV1,2,3) в умовах інфікування призводять до ушкодження клітин нервової тканини. Показовим є розвиток ідіоматичного паралічу лицевого нерва (параліч Белла), який є одним зможливих ускладнень хронічної HHV1-інфекції, викликані вірусом простого герпесу. Реактивований вірус ініціює розвиток запалення в периневральних оболонках. Набряк та компресія нерва у кістковому каналі скроневої кістки призводить до одностороннього паралічу мимічної мускулатури в зоні інervaції

VII черепного нерва (ЧН). Слід зазначити, що нейротропні ВГЛ розмножуються в клітинах ектодермального походження – нейронах, олігодендроцитах, епітеліальних клітинах. При цьому в нейронах віріони ВГЛ формують непродуктивну інфекцію, що дозволяє частково зберігати життєздатність інфікованих клітин. Активна репродукція вірусу з утворенням великої кількості віріонів і вираженою цитопатичною дією проходить в епітеліальних клітинах. Відтак окрім можливих невритів, проявів менінгіту, енцефаліту при ГПВ нейроінфекціях спостерігаються ураження шкіри, слизових оболонок після первинного інфікування або реактивації вірусу і навіть гепатиту у пацієнтів з проявами імунodefіциту.

Параліч Белла характеризується раптовою однобічною дисфункцією периферичної частини VII ЧН, нижнього мотонейрона. Пік слабкості м'язів спостерігається протягом 2-5 днів. Може супроводжуватись дисгевзією (порушення смакових відчуттів), порушеннями слиновиділення і слюзовиділення, а також гіперакузією. Лікування: системні кортикостероїди в сполученні з ацикловіром; також важливі профілактичні заходи в зв'язку з ушкодженням рогівки внаслідок зменшення слюзовиділення. Через 2-4 міс у 80-85 % хворих настає повне одужання. "Атиповий" параліч Белла (біля 15 % випадків) відрізняється більш повільним початком захворювання і повільнішим видужуванням хворого, можливими рецидивами, наявністю паралічів інших ЧН.

Відрізняється від попереднього за клінічними ознаками синдром Рамсея Ханта. Він характеризуєтьсяotalгією та везикульозними висипаннями в зоні іннервації проміжного нерва, дисфункцією VII ЧН (іпсилатеральний парез лицевих м'язів) і різного роду дисфункціями VII ЧН (іпсилатеральна приглухуватість, запаморочення, шум у вусі). Це ураження зустрічається рідше, ніж параліч Белла, і є результатом інфікування колінчастого ганглію вірусом varicella zoster (HHV3). Синдром Рамсея Ханта набагато частіше супроводжується резидуальною слабкістю лицевої мускулатури (> 50 % хворих), ніж параліч Белла. Лікується кортикостероїдами, пероральним застосуванням ацикловіру.

ВГЛ 3-го типу (HHV3) також може викликати ураження різних гілок V ЧН. Після перенесеної вітряної віспи (первинне ураження) вірус зберігається в латентному стані в чутливих гангліях, включаючи трійчастий. У випадку реактивації він розмножується і поширюється в дистальному напрямку, викликаючи біль і шкірні висипи (везикули). Може уражатись будь-яка гілка V ЧН, що клінічно проявлятиметься нев-

ралгіями, але в більшості випадків страждає VI ЧН (herpes zoster ophthalmicus). Ураження рогівки та кон'юнктиви може спричинити стійку втрату зору.

Окремі типи ВГЛ (HHV4,5,6,7,8), які виявляють лімфотропні властивості, здатні призводити до зриву толерантності проти антигенів власних тканин та викликати аутоімунні захворювання. Є дані про етіологічну роль HHV4-інфекції при ревматоїдному артриті, системному червоному вовчаку, розсіяному склерозі. В основі цих розладів лежить поліклональна активація В-лімфоцитів, яка призводить до відміни анергії деяких В-клітин периферичних органів імунітету. Також можуть бути задіяні механізми супутнього кілінга неінфікованих клітин в зоні вірусної персистенції.

Реактивація ендегенної герпетичної інфекції (HHV4,5,6,7) може призводити до важких алергічних реакцій на медикаменти. Розгортається індукований ліками синдром гіперчутливості (drug-induced hypersensitivity syndrome, DIHS), який супроводжується високою лихоманкою, поширеною еритемою, еозинофілією, накопиченням атипичних мононуклеарів у крові, імуноопосередкованим гепатитом, енцефалітом, нефритом, цукровим діабетом I типу. Симптоми DIHS з'являються починаючи з 3-4 тижня прийому фенobarбітала, дифеніна, карбамазепіна та інших препаратів, список яких постійно розширюється. Всі вони окрім основної дії проявляють імуносупресивну активність. Для цього ускладнення характерним є підсилення симптоматики після відміни препаратів, що відрізняє його від звичайної медикаментозної алергії. Відміна препарату відміння індуковану медикаментом імуносупресію і тим самим підсилює алергічну реакцію. В патогенезі синдрому спостерігається взаємодія імунних механізмів, індукованих лікарськими засобами гаптенної природи і викликаних ВГЛ. Підвищення продукції прозапальних цитокінів (ФНП-α і ІЛ-6), яке викликане реактивацією вірусу (переважно HHV6), підсилює ефекторну ланку алергічної реакції і створює сприятливі умови для активації аутореактивних Т-лімфоцитів, що розпізнають імуногенні пептиди комплексів медикамент-носії.

Герпесвіруси 4 і 8 типів (HHV4 та 8) мають особливо великий тропізм до В-лімфоцитів. Вони здатні втручатись в генетичні механізми клітинного ділення і викликати надмірну проліферацію клітин лімфоїдної тканини. В клінічній картині таких уражень буде переважати виражений синдром лімфопроліферації (гіперплазія лімфоїдної тканини утворень лімфоглоткового кільця, лімфатичних вузлів, селезінки, стійкий високий лімфоцитоз). Ці патогени

мають найбільш високий канцерогенний потенціал серед усіх лімфотропних представників сімейства герпесвірусів. Вони здатні викликати злоякісні лімфоми неходжкінського і ходжкінського типів, а також первинну Т-клітинну лейкемію у інфікованих хворих.

Гостре інфекційне захворювання – інфекційний мононуклеоз, яке викликається вірусом Епштейна-Барр (HHV4), у разі формування ефектної імунної відповіді завершується повним одужанням хворого з переходом збудника в латентну форму. При недостатньому імунному захисті може виникати форма хронічного мононуклеозу з ознаками доброякісної лімфопролиферації. Спостерігатимуться хронічний ринофарингіт, гіперплазія піднебінних мигдаликів, збільшення селезінки. Характерним для хронічної реактивованої HHV4-інфекції є підвищений ризик розвитку злоякісних лімфом, а також потенційно летального гематофагоцитарного синдрому, що обумовлений генералізованою дисфункцією антигенпрезентуючих клітин. Хронічний мононуклеоз може стати причиною набутої гіпогаммаглобулінемії, яка клінічно проявляється рецидивуючими гнійними синуситами, легєневими інфекціями і бактеріальними ураженнями сечовивідних шляхів.

HHV4 може спричиняти розвиток назофарингеальної карциноми. Для ендемічної зони Південно-Східної Азії, Китаю та деяких місцевостей африканського континенту його етіологічна роль відома достеменно. Для європейської географічної зони поки що можна говорити лише про асоційованість вірусу з такими ураженнями. Пухлина походить з епітелію носоглотки. Клінічно проявляється назальною обструкцією, порушенням слуху (обструкція євстахієвої труби і секреторний середній отит), носовими кровотечами і парезами ЧН (внаслідок поширення на основу черепа через дно середньої черепної ямки або периневрального росту), метастазує в регіонарні лімфатичні вузли ший. Для HHV8 встановлено етіологічний зв'язок з саркомою Капоші, гігантською гіперплазією лімфатичного вузла (хвороба Кастанлена) і лімфомою серозних оболонок.

Цитомегаловірус (ЦМВ, ВГЛ 5 типу, HHV5), при первинному інфікуванні не дає специфічної клінічної симптоматики, маскуючись під банальну простуду або ГРВІ. Спостерігаються підвищення температури тіла, стомлюваність, запалення в носо- та ротоглотці, збільшення піднебінних мигдаликів. При нормальному імунному захисті у дітей і дорослих переважною клінічною формою є мононуклеозоподібний синдром, який за своїми проявами не відрізняється від інфекційного мононуклеозу,

що викликається HHV4. Період первинного інфікування (2-3 тижні) може завершитися: а) при нормальному імунному захисті повним одужанням з накопиченням достатніх титрів антитіл (90-95 % дорослого населення); б) переходом в латентну форму – вірусоносійство (ЦМВ-позитивність); в) при недосконалому імунному захисті переходом у локалізовану форму з ураженням сечостатевої системи, серця, мозку; г) при імунodefіциті (СНІД, хіміотерапія, променева хвороба) переходом у генералізовану форму з ураженням паренхіматозних органів.

На особливу увагу заслуговує патологія, обумовлена HHV6. Вірус є самим розповсюдженим представником сімейства ГВЛ, яким інфікованоза різними оцінками від 70 до 95 % населення. Для реактивації HHV6 не потрібна глибока імуносупресія, як цього потребують інші ВГЛ. Дія патогена на організм людини є наслідком сполучення лімфо- та нейротропного впливу. Найбільший тропізм він виявляє до Т-лімфоцитів, в яких реалізує свою цитопатичну дію. Здатен також уражати В-лімфоцити, клітини ендотелію, гепатоцити, епітеліоцити, гліальні клітини, фібробласти, стовбурові клітини, макрофаги, дендритні клітини, моноцити і поліморфноядерні лейкоцити. Майже всі органи ураження виявляються після реактивації інфекції. Хронічна реактивована ГПВ6-інфекція проявляється мононуклеозоподібним синдромом, хронічним фарингітом з регіонарною лімфаденопатією, генералізованою або локальною лімфаденопатією з стійким субфебрилітетом, синдромом хронічної втоми. Серед гематологічних ускладнень можуть спостерігатися лейкоїдні реакції, тривалий невмотивований лейкоцитоз, лімфоцитоз або лімфопенія, стійка ускладнена нейтропенія, агранулоцитоз, апластична анемія, тромбоцитопенія, гемофагоцитарний синдром. Маючи канцерогенні властивості, HHV6 може викликати неходжкінські злоякісні лімфоми, лімфогранулематоз (хвороба Ходжкіна), первинну Т-клітинну лейкемію.

ВГЛ може виступати в ролі індикатора генетичних порушень. Наявність патологічного гена в Х-хромосомі робить організм людини беззахисним при інфікуванні вірусом Епштейна-Барр (HHV4). Захворювання носить назву Х-зчепленого лімфопролиферативного синдрому (Дункана синдром). Наслідування патологічної ознаки є рецесивним зчепленням з Х-хромосомою, а відтак хворіють виключно хлопчики. Внаслідок вибіркового дефекту Т-лімфоцитів виявляється нездатність організму генерувати ефективну імунну відповідь. Після інфікування HHV4 розгортається летальний інфекційний мононуклеоз. Смерть хворого є наслідком розвитку імуноблас-

тної лімфоми або лімфоми Беркітта, важких неврологічних ускладнень. У разі формування хронічної інфекції спостерігається В-клітинний лімфопроліферативний синдром, що призводить до важкого імунodefіциту з підвищеним ризиком смерті від бактеріальних, грибкових або вірусних суперінфекцій. У жінок-носіїв патологічного ге-

на, захворювання викликане інфікуванням HHV4, не є летальним внаслідок відсутності дефекту Т-лімфоцитів.

Наведені відомості про ускладнення хронічної персистуючої та реактивованої герпесвірусної інфекції слід враховувати при встановленні отоларингологічного діагнозу.

© Є.І. Клочков, Д.О. Зінченко, В.І. Шматко, 2015

*П.В. КОВАЛИК, В.В. НІКОЛОВ, А.В. ЗІНЬКО, Б.І. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, ШУМСЬК, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ФУРАСОЛ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ФОЛІКУЛЯРНОЇ АНГІНИ У ДОРОСЛИХ

Для лікування фолікулярної ангіни використовують різні загальні і місцеві засоби. Ми застосовували препарат антибактерійний фурасол (фурагін розчинний) для місцевої терапії фолікулярної ангіни у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014рр. знаходилося 20 хворих на фолікулярну ангіну віком від 19 до 42 років. Хворі були розподілені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 10 хворих, в контрольну – також 10. Пацієнти основної групи отримували протизапальну терапію і полоскання горла розчином фурасолу, хворі контрольної групи – протизапальну терапію і полоскання горла розчином бікарбонату натрію. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином хворі полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на головний біль, вплив на біль в горлі при ковтанні), фарингоскопічна картина (колір, консистенція слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, величина мигдаликів, відсутність на їх поверхні нагноєних фолікулів), показники температури тіла. При аналізі

результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес запалення піднебінних мигдаликів у хворих основної групи. Так, всі пацієнти цієї групи вказували на зникнення головного болю, 8 із 10 – на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі при ковтанні (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 9 хворих основної групи. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння і піднебінних дужок у них мала рожевий колір, була м'якої консистенції, мигдалики мали звичайну величину. Нагноєні фолікули були відсутні. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 7 із 10 хворих. Температура тіла нормалізувалась на 5-6-й день лікування у всіх пацієнтів основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 5-6-й день лікування мала місце у 8 хворих. Стерпність фурасолу у всіх пацієнтів була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного хворого.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевого лікування фолікулярної ангіни у дорослих виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол для місцевого лікування фолікулярної ангіни у дорослих як антибактерійний засіб.

© П.В. Ковалик, В.В. Ніколов, А.В. Зінько, Б.І. Шевага, 2015

*Н.П. КОВАЛИК, Т.А. ПИТАК, М.А. ТВЕРДОХЛІБ, І.Я. ГАЙДУЧИК
(ТЕРНОПІЛЬ, БОРЩІВ, КРЕМЕНЕЦЬ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ АЕРОЗОЛЮ БІОПАРОКС В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ФОЛІКУЛЯРНОЇ АНГІНИ У ДІТЕЙ

Ми застосували аерозоль Біопарокс в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дітей. Під нашим спостереженням за період з 2011 по 2014 рр. знаходилося 20 дітей, хворих на фолікулярну ангіну, віком від 12 до 18 років. Діти скаржились на головний біль, підвищення температури тіла в межах 38,1-39,1 °С, сильний біль в горлі при ковтанні. Часто діти вказували на ірадіацію болю у вухо, підвищену саливацію. Фарингоскопічно визначались розлита гіперемія і інфільтрація м'якого піднебіння і піднебінних дужок, збільшення і гіперемія мигдаликів, наявність на їх поверхні жовтавих чи жовтаво-білих крапок (нагноєних фолікулів мигдаликів). При дослідженні мазків із носа і зіва паличок Леффлера не виявлено. Діти були розподілені на дві групи: основну (10) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Діти основної групи отримували аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, контрольної – полоскання горла фурациліном 1:5000 і загальне протизапальне лікування. Аерозоль призначався 4 рази на день по 2 інгаляції через рот і 1 інгаляції в кожному носовий хід.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми, фарингоскопічна картина та показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів

ангіни у дітей основної групи. Скарги на головний біль, біль в горлі при ковтанні у дітей, що приймали аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, поступово зникли через 5-6 днів у більшості (8) дітей. Решта 2 дітей відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка м'якого піднебіння і піднебінних дужок мала рожевий колір і нормальну консистенцію, мигдалики були не збільшені, рожеві, нагноєні фолікули на їх поверхні були відсутні. Температура тіла нормалізувалась у всіх дітей. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше – до 8-9-го дня лікування. З побічних реакцій при застосуванні аерозолі Біопарокс у 2 дітей відмічалась сухість і неприємний присмак в роті. Алергійних реакцій не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування аерозолі Біопарокс в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дітей значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Аерозоль Біопарокс добре переноситься дітьми, рідко має побічну дію, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії дітей, хворих на фолікулярну ангіну. Аерозоль Біопарокс може поповнити арсенал засобів, що застосовуються в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дітей.

© Н.П. Ковалик, Т.А. Питак, М.А. Твердохліб, І.Я. Гайдучик, 2015

П.В. КОВАЛИК, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ТАКТИЧНА ПОМИЛКА ПРИ ВИКОНАННІ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ У ОСІБ НА ДЕФОРМАЦІЮ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА З УТРУДНЕННЯМ НОСОВОГО ДИХАННЯ

Проводячи обстеження студентів першого курсу Тернопільського державного медичного інституту (нині ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») на протязі ряду років і консультуючи хворих в поліклінічному відділенні Тернопільської обласної клінічної лікарні (нині КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»), ми неодноразово спостерігали студентів і хворих на деформацію перегородки носа з утрудненням носового дихання, котрим в мину-

лому була виконана тонзилектомія, у частини з яких мав місце хронічний фарингіт (здебільшого катаральний, рідко атрофічний). Вважаємо таку тактику помилковою. Це, в першу чергу, стосується оториноларингологів – початківців. Оториноларингологи – початківці нерідко проводять хворим тонзилектомію при наявності вираженої деформації перегородки носа з утрудненням носового дихання. Це обумовлено щонайменше трьома факторами: 1) молодий лікар уже оволодів методикою тонзилектомії, а підс-

лизовою резекцією перегородки носа ще не вилікує; 2) він не надає особливого значення зв'язку утрудненого носового дихання з хронічним тонзилітом; 3) хворий, страждаючи частими ангінами, старається позбутися їх, вимагаючи в лікаря «видалити мигдалики», а лікарю не вдається переконати пацієнта в необхідності в першу чергу відновити носове дихання (О.І. Яшан і співавт., 2010).

Однак при хронічному тонзиліті у осіб на деформацію перегородки носа з утрудненням носового дихання хірургічне видалення піднебінних мигдаликів без санації порожнини носа

призводить до розвитку чи усугублення наявних хронічних фарингітів і ларингітів. Слід врахувати просту істину «якщо у хворого на хронічний тонзиліт в наявності деформація перегородки носа, яка супроводжується утрудненням носового дихання, в першу чергу треба проводити санацію носової порожнини (резекцію перегородки) з метою відновлення носового дихання». В ряді випадків після резекції перегородки носа і відновлення носового дихання у хворих припиняються ангіни, що дає можливість обмежитися лише цією операцією. Ми переконалися в цьому з власної оториноларингологічної практики.

© П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, 2018

*Н.П. КОВАЛИК, А.О. ЯШАН, Г.Г. ВОЛОШИН, К.О. ПЛЯШКО, А.В. ЯНЮК
(ТЕРНОПІЛЬ, БЕРЕЖАНИ; УКРАЇНА)*

АЕРОЗОЛЬ БІОПАРОКС В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ФОЛІКУЛЯРНОЇ АНГІНИ У ДОРΟΣЛИХ

Для лікування фолікулярної ангіни застосовуються різні загальні і місцеві засоби. Ми застосували аерозоль Біопарокс в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 22 хворих на фолікулярну ангіну віком від 20 до 40 років. Пацієнти були розділені на дві групи: основну (12) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Хворі основної групи отримували аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, контрольної – полоскання горла розчином фурациліну 1:5000 і загальне протизапальне лікування. Аерозоль призначався 4 рази на день по 4 інгаляції через рот і 2 інгаляції в кожний носовий хід.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими, фарингоскопічна картина та показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів ангіни у хворих основної групи. Скарги на головний біль, біль в горлі при ковтанні у хворих, що приймали аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, поступово зникли через

5-6 днів у більшості (10) хворих. Решта 2 пацієнти відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка м'якого піднебіння і піднебінних дужок мала рожевий колір і нормальну консистенцію, мигдалики були не збільшені, рожеві, нагноєні фолікули на їх поверхні були відсутні. Температура тіла нормалізувалась у всіх хворих. У пацієнтів контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше – до 8-9-го дня лікування. З побічних реакцій при застосуванні аерозолу Біопарокс у 2 хворих відмічалась сухість і неприємний присмак в роті. Алергійних реакцій не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування аерозолу Біопарокс в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дорослих значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Аерозоль Біопарокс добре переноситься хворими, рідко має побічну дію, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії хворих на фолікулярну ангіну. Аерозоль Біопарокс може поповнити арсенал засобів, що застосовуються в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дорослих.

© Н.П. Ковалик, А.О. Яшан, Г.Г. Волошин, К.О. Пляшко, А.В. Янюк, 2015

НАШ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С РАНЕНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ ИЗ ЗОНЫ АТО

Исторические события в Украине 2013-2015 гг. привели к военному конфликту в котором военные и гражданские гибнут, получают ранения и огромные человеческие страдания.

Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова, в силу географического расположения, является ближайшим к зоне АТО медицинским учреждением с возможностью оказания неотложной высококвалифицированной многопрофильной помощи.

Наш материал тезисно резюмирует совместный полученный опыт медицинских работников клиники по оказанию высококвалифицированной неотложной военно-медицинской помощи. Передовая – это не только линия огня, Передовая – это место где сражаются за жизнь! Опыт военной медицины базируется на фундаментальной гражданской, отличается и привносит в неё новые знания. Отличия обусловлены концепциями современной войны и современного оружия и как следствия особенности организации медицинской помощи и характером ранений.

На сегодня (20 марта 2015г.) опыт нашей клиники 1237 раненых. Первый раненый доставлен 9 мая 2014 года. Анатомическое распределение ранений: 47% конечности, 24% голова и шея, 20% живот, 4% грудная клетка, 5% другие. При историческом сравнении статистики войн последних 100 лет прослеживается тенденция увеличения ранений головы и шеи, что обусловлено характером войн и совершенствованием оружия. Вторая мировая война: 75% конечности, 4% голова и шея, 4% живот, 8% грудная клетка, 9% другие. Вьетнамская война: 74% конечности, 14% голова и шея, 5% живот, 7% грудная клетка. Операции Афганистан – Ирак: 55% конечности, 27% голова и шея, 6% живот, 5% грудная клетка, 7% другие. (Emergency War Surgery, 2013 USA).

При поступлении 519 раненым (42,0%) было необходимо проведение реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, трансфузии крови и ее компонентов 255 (20,6%), проведение urgentных оперативных вмешательств 388 (31,4%), плановых 192 (15,5%), 847 (68,5%) пациентам требовалось проведение ПХО ран. 297 (24,0%) поступивших имели ранения ЛОР-органов, из них у 165 (55,6%) акубаротравма, у 82 (27,6%) травмы лица с различными вариантами переломов костей лица, челюстей и основания черепа, 47 (15,8%) травмы шеи из которых 40 (85,1%) приходились на зону 2 (от уровня перст-

невидного хряща гортани до угла нижней челюсти). Пулевые ранения были у 12 пациентов (4,0%), у остальных различные виды взрывных ранений. Поражения дыхательных и пищеварительных путей при травмах шеи были у 36 (12,1%) пациента, ранения не магистральных сосудов у 78 (26,3%), ранение общей сонной артерии у 4 (1,4%), ранение лицевого нерва у 3 (1,0%). Летальный исход – 11 пациентов (0,9%), крайне тяжёлое исходное состояние при поступлении или травмы, не совместимые с жизнью.

Для оказания помощи раненым необходимы полные всесторонние знания по решению любой медицинской проблемы с выполнением военно-медицинских правил, важнейшими из которых мы считаем: четкая организация всех подразделений с мобилизацией кадровых и технических ресурсов; максимальное использование современных технологий и коммуникаций для информирования, консультаций и принятия быстрых правильных решений; после восстановления проходимости дыхательных путей и остановки кровотечений обязательна немедленная диагностика и тщательная, полноценная оценка травмы (разрывы, переломы, инородные тела...), полноценно возможное выяснение эпидемиологии травмы (место получения, тип оружия, характер ранения, материалы, расстояние, энергия...) даст информацию о возможных проявлениях скрытых механизмов травмы, после чего совместно-коллегиальное принятие решения о очередности и тактике надлежащего лечения раненого с использованием всех шансов (раненый должен выжить и восстановиться для дальнейшей полноценной жизни); военная хирургия должна быть высококвалифицированной, реконструктивно-восстановительной для полноценной реабилитации воинов и минимизации инвалидности; травмы лица и шеи чрезвычайно опасны для жизни и требуют максимальной функциональной реабилитации; все военно-полевые раны загрязнены и большинством инфицированы несколькими возбудителями зачастую с анаэробными, что требует наиболее быстрого введения современных антибактериальных препаратов широкого спектра.

В основе этих результатов невиданные нечеловеческие усилия и самоотверженная неутомимая работа и преданность сплоченного персонала и волонтеров, которые защищают суверенитет и независимость Украины, что, несомненно, приведет к Победе!

ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВАЗОМОТОРНЫМИ РИНИТАМИ

Актуальность. Биологическая значимость слизистых оболочек респираторного тракта для растущего детского организма огромна. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей представляет собой первый барьер по защите организма против воздействия разнообразных патогенных факторов внешней среды. Наиболее значимым фактором защиты является мукозальная резистентность (С.П. Кривопустов, 2007). Это понятие включает комплекс специфических факторов местного иммунитета, к которым относят ингибиторы микробной адгезии, биоцидные и биостатические продукты секретов, нормальная микрофлора и самое главное – непрерывная работа мерцательного эпителия (Быкова В.П., 1993.; Рязанцев С.В. и соавт., 2000). Важной составляющей нормальной работы мерцательного эпителия является тонус ресничек, частота их биения, гидрофильность слизистой оболочки. Последнее обстоятельство обеспечивается непрерывным орошением реснитчатого эпителия слизистым секретом, который позволяет аккумулировать патогены на поверхности слизистой оболочки и поддерживать тем самым мукоцилиарный транспорт. Даже минимальная травма слизистой оболочки приводит к замедлению мукоцилиарного транспорта. Хирургическая травма приводит к появлению на поверхности слизистой оболочки нитей фибрина, которые со временем образуют пленки, обогащенные форменными элементами крови. Присоединение микрофлоры приводит к быстрой колонизации возбудителей в субэпителиальном слое и способствует появлению мелких стромальных кист. Последнее обстоятельство указывает на торпидное заживление раны, что в конечном итоге может привести к хронизации воспалительного процесса (Рязанцев С.В. и соавт., 2000).

Метод ирригации или орошения слизистой оболочки полости носа и носоглотки известен еще со времен ведической медицины. Ежедневная процедура орошения полости носа соленой водой или отварами трав устраняла «носовое зловоние», излечивала головную боль и храп. Метод ирригационной терапии востребован и сегодня. Появление лечебных препаратов на основе солевых - изо или гипертонических растворов позволило разнообразить способы лечения назальной патологии у детей и ввести термин «ирригационно-осмотическая терапия». Известно, что ирригация изотоническим

солевым раствором улучшает мукоцилиарный клиренс у пациентов с аллергическим ринитом и острым синуситом (Bresciani M., et al., 2001). Сегодня отмечается тенденция к широкому использованию спреев на основе морской воды как самостоятельного средства в лечении и профилактике аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей. Методы ирригации рассматриваются как весомая составляющая т.н. элиминационной терапии (Баранов А.А. и соавт., 2002).

В последнее время спреи на основе морской воды стали чаще использоваться как метод сезонной профилактики при острых ринитах и респираторных инфекциях у детей раннего возраста (С.П. Кривопустов, 2007). По мнению Богомилского М.Р. (2009), ежедневное орошение полости носа и носоглотки солевыми растворами позволяет снижать кратность приема и дозу деконгестантов, антигистаминных препаратов и топических назальных стероидов. Солевые растворы так же способны уменьшить побочное действие кортикостероидов на слизистую оболочку носа и носоглотки (Богомилский М.Р. и соавт., 2009).

Цель исследования: изучить эффективность ирригационной терапии в лечении детей и подростков, страдающих вазомоторными ринитами.

Материалы и методы. В работе представлены сведения о предоперационном наблюдении и послеоперационном сопровождении 58 детей и подростков с вазомоторными ринитами. Изучали эффективность различных схем послеоперационного ведения больных, которое включало элементы ирригационной терапии с использованием изотонических солевых спреев (Аква Марис) назальных стероидов и плацебо (физиологический раствор).

Результаты исследований и их обсуждение. По мнению ряда авторов, вазомоторный ринит является достоверным маркером вегетативного дисбаланса и может трактоваться как симптомокомплекс более широкого понятия – нейроциркуляторной дистонии. Дисбаланс вегетативной нервной системы поддерживается нейроэндокринными и иммунологическими факторами, что позволяет весьма условно делить вазомоторный ринит на «аллергический» и «нейровегетативный». Мы изучали обе формы ринита и пришли к выводу, что нередко, под маской «вазомоторного ринита» скрывается ла-

тентно протекающий хронический риносинусит, чаще всего обусловленный аномалиями структур носового клапана.

В клинику обратились 58 детей и подростков с симптомами вазомоторного ринита. Более половины (64 %) детей на догоспитальном этапе бесконтрольно использовали деконгестанты, которые не приносили заметного облегчения носовому дыханию, 28 % использовали топические назальные стероиды, а 17 % детей пользовались назальными секретомуколитиками. Сезонность появления жалоб отмечали 48 % больных.

При риноскопии наиболее часто отмечали девиацию перегородки носа (56%), истинную гиперплазию нижних носовых раковин (32%), буллезную деформацию переднего конца средней носовой раковины (12%). Перед операцией всем пациентам выполнена компьютерная томография носа и околоносовых пазух. Диагноз «хронического риносинусита» подтвержден в в трети случаев: кистозный моносинусит в сочетании с искривлением перегородки носа (21%), полипозно-кистозный гемисинусит (7 %) и полипозно-гиперпластический полисинусит в 2 % случаев.

Всем пациентам за 7 дней до операции проводили носовой душ солевыми и физиологическими растворами. Носовое дыхание улучшилось у 80 % больных, при этом 35 % из них отмечали носовое дыхание как «устойчиво хорошее», а 5 пациентов отказались от дальнейшего лечения, мотивируя свой отказ «полным излечением».

Хирургическое лечение проводилось под общей анестезией на фоне управляемой гипотонии. На этапе ринопластики использовали вариант экономной резекции перегородки носа с римплантацией отмоделированного фрагмента четырехугольного хряща. При выраженной гиперплазии нижних носовых раковин использовали методику ультразвуковой дезинтеграции или экономную резекцию задних концов нижних носовых раковин при их сосочковой гиперплазии. Ревизию и санацию пораженных пазух проводили эндоназальным доступом с форми-

рованием широкого сообщения между оперированной пазухой и полостью решетчатого лабиринта. Операцию заканчивали щадящей тампонадой полости носа. После удаления тампонов, со второго дня после операции использовали назальный солевой спрей (Аква-Марис), спрей с флутиказоном или плацебо. Начиная с 4 дня после операции, проводили орошение оперированных пазух с использованием раствора «Бетадина» в разведении 1:50. Выписка из стационара осуществлялась на 5-8 сутки от момента операции. Оценивали эффективность лечения через 12-14 дней после операции: 89 % оперированных пациентов отмечали носовое дыхание как «устойчиво хорошее», а 11 % больных как «неустойчивое или умеренно затрудненное». Через 3-6 месяцев повторно осмотрены 42 (72%) больных: из них только 12 пациентов отмечали сезонный характер жалоб, хотя в период межсезонья носовое дыхание было достаточным и устойчивым.

Заключение. В целом, использование изотонического спрея на основе морской воды «Аква Марис» у детей и подростков с «вазомоторными ринитами» показало достоверно лучший результат лечения, чем группа плацебо, а по эффективности использования оказалось сопоставимым с назальными топическими стероидами. В ходе амбулаторного лечения детей, ирригационная терапия полости носа и носоглотки солевыми растворами «Ава-Марис» позволила достичь спонтанного излечения больных в 9 % случаев. После проведения септопластики с ультразвуковой дезинтеграцией носовых раковин, использование назального спрея «Аква-Марис» позволяет достоверно восстанавливать носовое дыхание и эффективнее бороться с симптомами сухости слизистой оболочки, чем при использовании плацебо. Использование изотонического спрея «Аква-Марис» в сочетании с орошением оперированных пазух носа растворами антисептиков позволяет восстанавливать носовое дыхание и устранять сухость слизистой оболочки носа достоверно быстрее, чем плацебо и так же эффективно, как назальные стероиды.

ВИКОРИСТАННЯ ТРАНЕКСАМОВОЇ КИСЛОТИ В ЛОР ХІРУРГІЇ

Сучасні тенденції розвитку оперативної ринології - широке застосування мікродоскопічної техніки, одноетапне виконання втручань на внутрішньоносових структурах і приносних пазухах – привели до значного розширення об'єму операцій. Не дивлячись на те, що кровотеча при подібних операціях рідко буває значною за об'ємом і не викликає системних наслідків, вона різко погіршує умови роботи хірурга, затягуючи операцію. Тому зміни в системі гемостазу (зокрема, активації фібринолізу), в принципі характерні для будь-якого оперативного втручання, в оперативній ринології вельми небажані, тим паче, що післяопераційна кровотеча безпосередньо пов'язана з ризиком аспірації крові.

Транексамова кислота є антагоністом лізінного залишку в поліпептидному ланцюзі фібринового філаменту (нитки). ТК-інгібітор фібринолізу інгібує активацію плазміногену і його перетворення на плазмін. Володіє місцевою і системною гемостатичною дією при кровотечениях, пов'язаних з підвищенням фібринолізу (патологія тромбоцитів). Пригнічує утворення кінинів, інших активних пептидів, бере участь в алергічних і запальних реакціях. Антифібринолітична концентрація в різних тканинах зберігається протягом 17 год., у плазмі - 7-8 год. Додатковим механізмом гемостатичного ефекту ТК є стимуляція синтезу колагену, завдяки якій збільшується еластичність фібринового згустка, що також прискорює зупинку кровотечі. Перешкоджає передчасному розчиненню гемостати-

чної пробки. Не володіє тромбогенною активністю, а пролонгує розчинення тромбів, що вже утворилися. По частоті тромбозів не поступається групі плацебо.

Матеріали і методи. Протягом 2012-2014 рр. на базі Івано-Франківської ОКЛ прооперовано 550 пацієнтів (ендоскопічна хірургія на приносних пазухах, септопластики) віком від 18 до 50 років, 510 пацієнтів з включенням в передопераційне, інтраопераційне та післяопераційне лікування транексамової кислоти в дозі 500 мг в/в 2 рази на день 5 днів, та 40 пацієнтів (контрольна група) з аналогічним оперативним лікуванням без включення транексамової кислоти.

Результати. Загальна крововтрата під час операції і в післяопераційному періоді знизилась на 73% в досліджуваній групі в порівнянні з контрольною групою ($p=0,05$); зниження кровотечі після видалення носових тампонів було в три рази нижчим ($p=0,000048$). Змін в коагуляційному профілі, тривалих системних та гемодинамічних ефектів, після використання транексамової кислоти, не спостерігалось.

Отже, використання транексамової кислоти значно знижує інтра- та післяопераційну крововтрату, що значно підвищує видимість операційного поля хірургом, полегшує та скорочує терміни післяопераційного періоду та реабілітації пацієнтів; є ефективним та економічно доступним методом контролю крововтрати в ринохірургії.

© Н.А. Комашко, В.М. Ванченко, Я.І. Генік, Н.В. Ванченко, Н.М. Кудерська, В.Л. Білобровка, 2015

Н.А. КОМАШКО, Я.І. ГЕНИК (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ТАМПОНАДИ НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПРИ FESS

За останні два десятиліття в Україні стрімко розвивається ендоскопічна ринохірургія. Це зумовлено істотним зростанням числа захворювань носа і приносних пазух та широким впровадженням в практику оториноларинголога мікродоскопічної технології, що дозволило виконувати хірургічні втручання на раніше недоступних структурах порожнини носа та приносних пазух. Хороший візуальний контроль, викорис-

тання принципу мініінвазивної хірургії є важливими чинниками на шляху до одужання хворого. Однак не менш важливим чинником є адекватне післяопераційне ведення пацієнта.

Ведення раннього післяопераційного періоду є вельми актуальним завданням для ринохірурга. При операційній травмі слизової оболонки носа порушуються фізико-хімічні властивості слизу покривного епітелію, відбувається

порушення роботи мукоциліарного кліренсу (МЦК) і місцевих фізіологічних процесів захисту від впливу патологічних факторів.

На думку А.С. Лопатіна (2010), на тлі порушених або неповноцінно функціонуючих природних захисних механізмів відбувається розвиток посттравматичного риніту – гострого інфекційного бактеріального запалення, викликаного інвазією бактерій в пошкоджену слизову оболонку порожнини носа.

В останні роки велике значення в ринології приділяється стану слизової оболонки порожнини носа і приносних пазух, особливо у осіб, яким виконувались оперативні втручання. При ендоназальних хірургічних втручаннях слід створювати умови для відновлення функції і морфології епітелію порожнини носа і приносних пазух шляхом поліпшення вентиляції і відтоку слизу з приносних пазух. Операція є першим кроком у комплексі лікувальних методів, спрямованих на захист слизових оболонок. При травмі слизової оболонки порушується мукоциліарний кліренс, фізіологічні процеси захисту слизової оболонки. У зв'язку з відсутністю мукоциліарного кліренсу, слизові виділення з оперованих пазух висихають і формують жовтувато-коричневі кірки, що прилипають до дефектів слизової оболонки і порушують носове дихання. Потім утворюються грануляції, що в подальшому може призводити до утворення синехій, особливо між деепітелізованими ділянками слизової оболонки, наприклад, середньої носової раковини і латеральної стінкою порожнини носа. Таким чином, загоєння ран є найважливішим чинником успішного результату в ендоскопічній ринохірургії. Враховуючи тонку і складну організацію слизової оболонки порожнини носа і приносних пазух, проводиться пошук нових засобів для післяопераційної тампонади.

В даний час в післяопераційному періоді використовуються тампони двох категорій: які вимагають видалення і котрі повністю розсмоктуються. Незважаючи на те, що тампони, які не розсмоктуються, є традиційними, вони мають певні недоліки, такі як, травматичність з наступним кровотечею після їх видалення, дискомфорт для пацієнта і утруднене носове дихання, пошкодження слизової оболонки внаслідок її здавлювання і ряд інших. З метою уникнути даних недоліків, ми в післяопераційному періоді застосували гемостатичну губку «Белокозин», якою тампонували середній і верхній носові ходи. Губка може бути розрізана, як за формою, так і за розміром, з урахуванням післяопераційної порожнини. Дана губка забезпечує гемостаз, необхідну компресію в післяопераційній порожнині, перешкоджає латералізації середньої носової раковини. А також дає можливість для вільного носового дихання, що особливо важливо для пацієнтів з бронхопультмональною патологією. У післяопераційному періоді кілька разів на день проводилося зрошення губки фізіологічним розчином для поліпшення процесу фрагментації. Видаляти губку не було потрібно. Продукт фрагментації виділявся з післяопераційної порожнини і синусів при промиванні останніх. У ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів не спостерігалось кірок і набряку слизової оболонки в післяопераційній порожнині, а у віддаленому післяопераційному періоді – не виявлено синехій. Побічних несприятливих реакцій не відмічалось.

Таким чином, тампонада післяопераційної порожнини гемостатичною губкою «Белокозин» показала добру переносимість її пацієнтами, та ефективність як в ранньому, так і в віддаленому післяопераційному періоді.

© Н.А. Комашко, Я.І. Генік, 2015

*В.Г. КОРИЦЬКИЙ, О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. ХОРУЖИЙ, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ОСОБЛИВОСТІ АДЕНОТОМІЇ У ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ

Аденоїдні вегетації переважно зустрічаються у дітей, але нерідко їх виявляють і у дорослих. Лікування аденоїдних вегетацій хірургічне – операція аденоотомія. Слід відмітити, що техніка виконання аденоотомії у дітей і дорослих трохи відрізняються. Мова йде про ретельність видалення аденоїдних вегетацій. Необхідно врахову-

вати, що з віком в тканині горлового мигдалика, особливо при її запальних змінах, збільшується кількість сполучнотканинних елементів, що визначає їх більш щільну консистенцію. Це впливає не тільки на процес видалення аденоїдів, а й на післяопераційне загоювання. При виконанні аденоотомії у дорослих доводиться прикласти більше

фізичне зусилля, крім того, можливість кровотечі після операції у цих осіб підвищується. Враховуючи останню обставину, аденомотомія у дорослих повинна виконуватись в умовах стаціонару, а у дітей (особливо молодшого віку) цю операцію можна проводити в амбулаторних умовах. Вплив аденомотомії, виконаної за близьких патологоморфологічних умов, на стан тканини третього мигдалика, що залишається, також різний. Якщо у дітей після зникнення післяопераційних реактивних явищ в подальшому відбувається помітне зменшення лімфаденоїдної тканини, що залишилась в горлі, включаючи всі решту мигдаликів, то у дорослих такий ефект виражений слабо. Ця обставина вказує на необхідність ретельнішого і радикальнішого видалення аденоїдних вегетацій у дорослих пацієнтів. Зазвичай не вдається обмежитись одним зрізальним рухом аденототомі – доводиться принаймні три рази заводити його в носову частину горла. Першим рухом зрізають центральні відділи горлового мигдалика, а двома іншими – бокові частини. При цьому звертають особливу увагу на видалення розростань з бокових стінок носової частини горла, переважно в ділянках вічок слухових труб. Тому дорослим особам необхідна ретельніша анестезія, ніж дітям. В сумнівних випадках для контролю під час операції проводимо задню риноскопію чи пальцеве дослідження носової частини горла. Лікувальний ефект після аденомотомії відзначається швидко. У разі, якщо на протязі 1-2 тиж покращення

з боку навколоносових пазух, середнього вуха не настало, значить аденомотомія не виправдала покращення на неї надій. Але, перш ніж робити кінцеве заключення про результати аденомотомії, бажано ще раз уважно обстежити носову частину горла, а при наявності лімфаденоїдної тканини через деякий час рекомендувати хворому повторну аденомотомію. Такої ж тактики слід дотримуватись в тих випадках, коли аденомотомія уже проводилась в минулому. Так як аденомотомія виконується наосліп, на дотик, нерідко без достатньої анестезії (а тому поспіхом), не завжди навіть досвідченому лікарю вдається провести це хірургічне втручання достатньо радикально і залишена лімфаденоїдна тканина може, як і до аденомотомії, негативно впливати на організм, особливо підтримуючи запальний процес в слуховій трубі. Крім того, відомо, що після аденомотомії, проведеної в ранньому дитячому віці, при певних умовах може відмічатись повторне розростання лімфаденоїдної тканини в носовій частині горла.

Таким чином, наведені вище дані показують, що проведення аденомотомії у дітей і дорослих має певні особливості, що необхідно враховувати практикуючим лікарям при виконанні даного хірургічного втручання в цих вікових групах. Вважаємо, що наведені в цій статті відомості матимуть відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для практикуючих оториноларингологів, особливо початківців.

© В.Г. Корицький, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, І.В. Шевага, 2015

*А.Н. КОСТРОВСКИЙ, С.С. АНТОНЕВИЧ, К.Г. НАЗАРЕНКО, В.В. НЕСТЕРЕНКО
(ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ ЗГМУ

Заболеваемость хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) во всем мире остается стабильно высокой и составляет около 5% в общей популяции. Основным методом лечения ХПРС является хирургический, который несмотря на большое количество методов медикаментозного сопровождения послеоперационного периода, характеризуется большим процентом рецидивирования, что требует поиска более эффективных методов лечения этой патологии.

Цель работы. Провести анализ структуры и эффективности различных методов лечения ХПРС по материалам ЛОР-клиники ЗГМУ за 2009-2014 гг.

Результаты. Анализом 527 историй болезни пациентов с ХПРС. установлено, что распределение клинических форм было следующим: хронический полипозный риносинусит – 91,1%, хронический полипозно-гнойный риносинусит – 4,2% и антро-хоанальный полип – 4,7%. Большинство пациентов относилось к возрастной группе 50-69 лет – 46,3%, до 50 лет – 36,4% и старше 70 лет – 17,3%. Из них мужчин было 62,6%, женщин – 37,4%.

Число первичных пациентов составило – 60,53% (319), а 39,47% (208) оперировались ввиду рецидива ХПРС.

Основними жалобами пацієнтів с ХПРС при поступленні були заложеність носа – у 99,24% пацієнтів, которая в 30,55% случаев сопровождалась выделениями из носа. По характеру выделений распределение было следующим: слизистые у 19,6% (105), гнойные у 7,59% (40), слизисто-гнойные у 1,5% (8). Нарушение обоняния беспокоило 50,2% (265) больных, из них гипосмия отмечалась у 45,16% (238) больных и anosmia у 5,12% (27) пациентов.

Распространенность полипозного процесса в носовой полости у больных оценивалось классификации (Lund, Mackey, 1997), которая характеризуется следующим образом, 0 стадия – нет полипов; 1 стадия – полипы ограничены средним носовым ходом; 2 стадия – полипы спускаются в общий носовой ход, полностью не obturiruyuyu его; 3 стадия – массивный полипоз, obturiruyuyuyu общий носовой ход. У 24,7% (130) пациентов наблюдалась 1 стадия, у 41,75% (220) больных – 2 стадия и у 33,58% (177) – 3 стадия.

При проведении многофакторного корреляционного анализа нами установлено, что сопутствующая патология бронхо-легочной системы влияет на частоту рецидивирования и распространённость полипоза. Так же было выявлено, что аспириновая триада встречалась в 15% при этом у лиц женского пола достоверно чаще, чем у лиц мужского в соотношении 6:1.

Анализируя эффективность лечения этой категории пациентов, следует отметить, что до 2010 г. все операции проводились без эндоскопического контроля, и была произведена 161 операция, полипотомия – у 22,0% и полипозомидотомия – у 78,0%. При этом выявлено, что в раннем послеоперационном периоде количество реполипотомий составляло 10,4% от всех операций. В период 2011-2014 гг. хирургическое лечение в 89,3% проводилось под эндоскопическим контролем, из них в 43,8% использовалась шейверная техника, что позволило сократить число реполипотомий в раннем послеоперационном периоде до 1,9%.

Всем больным для увеличения безрецидивного периода назначались ингаляционные топические стероиды.

Выводы.

У пациентов с сопутствующей патологией бронхо-легочной системы ХПРС более склонен к рецидивированию и носит распространенный характер.

Аспириновая триада встречается у женщин в 6 раз чаще, чем у мужчин.

Внедрение современных эндоскопических методов лечения ХПРС привело к значительному сокращению количества реполипотомий в раннем послеоперационном периоде, уменьшению койко-дня.

© А.Н. Костровский, С.С. Антонец, К.Г. Назаренко, В.В. Нестеренко, 2015

І.В. КОШЕЛЬ, М.М. БАГРІЙ, Д.Д. ЗАБОЛОТНА (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, КИЇВ; УКРАЇНА)

РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ КОНСТИТУТИВНОЇ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ В ТКАНИНАХ ПОРОЖНИНИ НОСА У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ ТИПОМ НАЗАЛЬНОГО ПОЛІПОЗУ

В останнє десятиріччя проблема поліпозного риносинуситу набула особливої актуальності не тільки в отоларингології, але і в медицині в цілому. Це пов'язано з високою поширеністю цієї патології в популяції, тенденцією до злоякісного і прогресивного перебігу, неефективністю лікування та високим рівнем рецидивування. Особлива увага приділяється лікуванню поліпозу в умовах коморбідності, адже помічено, що поліпоз носа часто поєднується з такими тяжкими захворюваннями як бронхіальна астма, хронічна обструктивна хвороба легень, непереносимість аспірину, алергія та інші. Клінічно було помічено, що поліпозний риносинусит асоційований з непереносимістю аспірину є одним з найтяжчих клініко-патогенетичних варіантів ураження дихальних шляхів, який відрізня-

ється прогресивним рецидивуючим перебігом і меншою ефективністю консервативного та хірургічного лікування.

Згідно сучасної гіпотези, поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину відноситься до групи метаболічних захворювань, а принципова позиція його етіології та патогенезу полягає у генетично детермінованому зниженні експресії конститутивної циклооксигенази – ключового ферменту обміну ненасичених жирних кислот, зокрема арахідонової.

Обмін арахідонової кислоти здійснюється декількома шляхами, в нормі більша частина її метаболізується під дією фермента циклооксигенази І з утворенням фізіологічних простагландинів та тромбоксану. Саме на цьому рівні, на нашу думку, і наявний генетичний «блок» фер-

мента циклооксигенази І, в результаті чого переважна більшість арахідонової кислоти вимушено метаболізується під дією ферменту ліпооксигеназа з утворенням великої кількості лейкотрієнів. Лейкотрієни на відміну від «фізіологічних» простагландинів є потужними медіаторами запалення, тому їх активний синтез в результаті спотвореного обміну арахідонової кислоти призводить до розвитку хронічного еозинофільного запалення, яке є доведеним патогенетичним субстратом утворення назальних поліпів.

Таким чином, самій ацетилсаліциловій кислоті (а також всім іншим нестероїдним протизапальним препаратам) відводиться роль не етіологічного чинника аспіринової тріади, а тригерного фактора, який різко поглиблює генетично обумовлений дефіцит конститутивної циклооксигенази І і виступає таким чином «спусковим гачком» декомпенсації захворювання і виникнення назальної обструкції, поєднаної з бронхоспазмом чи астматичним статусом.

Метою дослідження було з'ясувати рівень експресії конститутивної циклооксигенази (COX1) в слизовій оболонці та тканинах поліпів залежно від типу назального поліпозу.

В дослідження включено 75 хворих з діагнозом «хронічний поліпозний риносинусит». Пацієнтів було розділено на три групи: І група – поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину 25 пацієнтів; ІІ група – поліпоз пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання 25

пацієнтів; ІІІ – Іg-Е-залежний (алергічний) поліпоз 25 пацієнтів. Матеріалом для дослідження слугувала слизова оболонка носової порожнини і тканина поліпів, які видалялись під час оперативного втручання. Імуногістохімічне дослідження проводили з використанням моноклональних антитіл – COX1 antibody (Abcam). Інтерпретацію проводили за якісною (за інтенсивністю забарвлення хромогену) та кількісною характеристикою: визначали скільки мкм² припадає на одну клітину, яка позитивно забарвилась хромогеном в процесі імуногістохімічної реакції.

Після аналізу отриманих даних виявлено достовірно нижчий рівень експресії конститутивної циклооксигенази в сполучнотканні стромі поліпів та слизовій оболонці носової порожнини у хворих на аспіринасоційований назальний поліпоз в порівнянні з іншими типами поліпозу.

Таким чином, дослідження підтвердило гіпотезу про зниження експресії конститутивної циклооксигенази у хворих на аспіринасоційований назальний поліпоз. Відсутність достовірної різниці при дослідженні епітелію поліпів та слизової оболонки вказує на те, що саме в сполучній тканині відбуваються основні процеси формування аспірин асоційованого поліпозу. Зменшення кількості COX-позитивних клітин та зменшення їх оптичної щільності може слугувати методом діагностики аспіринасоційованого назального поліпозу.

© І.В. Кошель, М.М. Багрій, Д.Д. Заболотна, 2015

І.В. КОШЕЛЬ, Л.Д. МИГОВИЧ (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ КЛІНІЧНИХ ФЕНОТИПІВ ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ З МЕТОЮ ПРИЗНАЧЕННЯ САЛІЦИЛАТЕЛІМІНУЮЧОЇ ДІЄТИ

Поліпозний риносинусит (ПР) являє собою хронічне запальне захворювання слизової оболонки порожнини носа і приносиних пазух, що характеризується утворенням поліпів. Поширеність поліпозного риносинуситу складає від 2% до 4% в загальній популяції, а за деякими даними ПР виявляється у 15-25% оториноларингологічних хворих. Рецидиви після хірургічного лікування поліпозного риносинуситу досягають 60-80% вже на другий рік після операції.

Клінічно термін «поліпоз носа» об'єднує всі види поліпозу носа, які локалізуються в зоні решітчастої кістки, середнього носового ходу, середньої носової раковини і виглядають як сіро-голубі вип'ячування. Проте спостерігається

широка різноманітність варіантів клінічного перебігу та різна чутливість до загальноприйнятих методів лікування. Все це підштовхує до думки про неоднорідність групи пацієнтів з загальним діагнозом «поліпозний риносинусит» і необхідності детального вивчення різних клінічних варіантів поліпозу носа, тобто клінічних фенотипів захворювання. Одним із найтяжчих клініко-патогенетичних варіантів перебігу поліпозного риносинуситу є аспіриновий назальний поліпоз (АНП). Відомо, що даний тип поліпозу пов'язаний із індукованим аспірином порушенням метаболізму арахідонової кислоти, проте механізми його не визначені. Відповідно до патогенезу метаболічних захворювань, особливу

роль патогенетичного лікування виконує дієтичне обмеження. Тому пацієнтам строго протипоказані нестероїдні протизапальні препарати. До сполук з потужним аспіриноподібним впливом також відносяться харчовий барвник жовтого кольору тартразин (Е-102)(входить в склад Но-шпи) і бензоат натрію (Е211). Протипоказаний прийом продуктів, що містять велику кількість природних чи штучних саліцилатів (консерванти). Велика кількість природних саліцилатів містять алкогольні напої – вино, коньяк, шампанське, пиво.

Метою нашого дослідження було оцінити клінічні особливості перебігу поліпозного риносинуситу. Визначення клінічних особливостей актуально в плані їх об'єднання і виділення специфічного фенотипу хворих. Фенотипові ознаки зручні для використання в якості діагностичних та прогностичних критеріїв визначення різних форм поліпозного риносинуситу, в тому числі і АНП, що дозволяє одразу призначати патогенетичне лікування у вигляді саліцилателімуючої дієти.

В дослідження включено 150 хворих з діагнозом «хронічний поліпозний риносинусит». Пацієнтів було розділено на три групи: I група – поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину, 50 пацієнтів (33,3%); II група – поліпоз, пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання, 50 пацієнтів (33,3%); III – Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз, 50 пацієнтів (33,3%). Половині пацієнтів I-ї (25 хворих) призначалась саліцилателімуюча дієта.

До клінічних особливостей, що визначають особливості фенотипу, належать: вікові і хронологічні аспекти захворюваності, переважання певної статі, поширеність і морфологічна характеристика запального процесу, тип перебігу, ефективність його лікування найбільш ефективними загальноприйнятими методами.

Таким чином, в результаті порівняльного вивчення клінічних особливостей захворювання, визначені фенотипи пацієнтів із поліпозним риносинуситами, які дозволяють швидко визна-

чити хворих з АНП і призначити їм відповідну дієту:

так, при АНП переважають особи жіночої статі – 58% в порівнянні з іншими типами поліпозу.

більшість пацієнтів із тяжкими формами поліпозу (аспіринасоційований) належать до зрілої вікової групи – 36-70 років. Коли дебют захворювання спостерігається в дитячому чи юнацькому віці – тоді мова може йти скоріше про спадкові вади розвитку (поліпоз пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання) або Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз.

тяжкість захворювання у пацієнтів з АНП асоціюється з прогресивним, рецидивуючим перебігом і резистентністю до найбільш поширених і ефективних методів лікування. Часте рецидивування, прогресивний перебіг захворювання, особливо у молодих осіб, незалежно від статі, слід розцінювати як тяжкий перебіг. До цих же критеріїв тяжкості слід віднести тривалий анамнез захворювання, що поряд з рецидивуваннями свідчить про резистентність до лікування.

у пацієнтів із АНП визначається схильність до тотального чи субтотального ураження пазух. Цей маркер є особливо важливим при дебюті захворювання, особливо в молодому віці, коли клінічні прояви нерідко проходять під личиною хронічного катарального чи вазомоторного риносинуситу.

Отримані фенотипові особливості дозволяють нам при першому контакті запідозрити наявність АНП та призначити відповідну дієту. Дотримання хворими першої групи саліцилателімуючої дієти підвищує ефективність лікування хворих на аспіринасоційований назальний поліпоз на 12% по критерію суб'єктивних скарг і на 16% по критерію регресії поліпозної тканини в порожнині носа, в порівнянні з хворими I-ої групи, які не мали дієтичного обмеження. Це сприяє стабілізації перебігу захворювання і підвищенню ефективності фармакотерапії.

© І.В. Кошель, Л.Д. Мигович, 2015

В.В. КРИВША, О.О. ПЕЛЕСHENKO, С.С. САМОЙЛЕНКО, Г.Ю. ЩЕРБІНІНА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ВИКОРИСТАННЯ ЕПІСТАТИЧНИХ НОСОВИХ ТАМПОНІВ В ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Носова кровотеча є симптомом захворювання або наслідком травми. Причини нетравматичних носових кровотеч розподіляють на

місцеві і загальні. До місцевих причин відносять патологічні стани в порожнині носа та принососих пазухах: запальні процеси, доброякісні і

злаякісні пухлини, сторонні тіла. До загальних причин належать гострі інфекційні хвороби (грип, кір, пневмонія, ГРВІ), захворювання крові (тромбоцитопенія, гемофілія, лейкози, коагулопатії), системні хвороби (ревматизм, гранульоматоз Вегенера), хвороби нирок, печінки, капіляротоксикози, артеріальна гіпертензія, авітамінози, тощо. У 80% - 90% випадків місцем носової кровотечі є передньо-нижня ділянка носової переділочки – зона Кіссельбаха. Тут розміщені анастомози кількох артеріальних судин з системи внутрішньої і зовнішньої сонної артерії. Судини приносних пазух також можуть бути джерелом носової геморагії.

Враховуючи, що носові кровотечі спостерігаються досить часто в клінічній практиці, мають схильність до рецидивів, а зупинка їх традиційними методами доволі утруднена, актуальність цієї проблеми не втрачена до цього часу. Нерідко носові кровотечі бувають настільки рясними, що можуть загрожувати життю хворого і потребувати невідкладної медичної допомоги.

Визначення джерела кровотечі здійснюється при риноскопії, отофарингоскопії та дослідженні інших органів і систем. Витікання крові з носа також можливе внаслідок легеневих, стравохідних, шлункових та післятравматичних внутрішньочерепних кровотеч, що потребує додаткових методів діагностики.

На теперішній час запропоновано багато різних методів місцевої зупинки носових кровотеч, зокрема тампонада носа з використанням марлевих тампонів. До недоліків цієї тампонади носа можна віднести певну складність проведення її в екстрених випадках, додаткове травмування слизової оболонки носа, розвиток в

подальшому вторинних запальних процесів в порожнині носа.

Зі створенням нових сучасних матеріалів на сьогодні стало можливим використання інших засобів зупинки носових кровотеч, які не мають вказаних недоліків. В клініці отоларингології НМАПО імені П.Л. Шупика, яка базується в Київській обласній клінічній лікарні, для зупинки носових кровотеч місцево застосовують спеціальні епістатичні носові тампони із синтетичної губки, до складу якої входить гідроксильований полівінілацетат, що забезпечує міцність тампона; діаметр пор: 0.2-1 mm, характеризується швидким поглинанням (3-15 сек) і максимальним утримуванням рідини та має додаткову стійкість до проростання тканинами, не містить волокон і целюлози.

Епістатичні носові тампони мають добрі абсорбуючі властивості, можуть моделюватись під різний розмір відповідно до величини носових ходів, при просяканні кров'ю та слизом збільшуються в об'єму. Швидке збільшення в розмірах забезпечує ощадливий тиск на тканини і є ідеальним для надання медичної допомоги як на догоспітальному так і госпітальному етапі при носових кровотечениях різного генезу. За допомогою пінцета стиснутий тампон вводять в носовий хід, розміщуючи його паралельно до носової переділочки. Додаткової фіксації епістатичний носовий тампон не потребує.

Простота введення епістатичного носового тампону дає можливість використовувати його в роботі як лікарів оториноларингологів, так і лікарів швидкої та невідкладної медичної допомоги. Застосування епістатичного носового тампону забезпечує швидку і ефективну зупинку носової кровотечі з переднього та заднього відділів порожнини носа.

© В.В. Кривша, О.О. Пелешенко, С.С. Самойленко, Г.Ю. Щербініна, 2015

Л.Р. КРИНИЧКО, А.В. МОТАЙЛО, А.Н. НАУМЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ УДАЛЕНИИ ГРИБКОВОГО ТЕЛА ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

На сегодняшнее время существует несколько доступов к верхнечелюстной пазухе при удалении грибкового тела.

Наиболее распространенным является доступ через переднюю стенку, однако, этот способ несет в себе угрозу отдаленных осложнений, если этому данному планируется проведение имплантации зубов. Также широко при-

меняется способ доступа к пазухе через средний носовой ход. При таком способе существует риск повреждения естественного соустья верхнечелюстной пазухи, а, также, повреждаются структуры остиомеатального комплекса, что приводит к образованию спаек или пролонгации воспаления. Наиболее оптимальными, с нашей точки зрения, являются доступы к верхнечелю-

стной пазухе через лунку удаленного зуба или через нижний носовой ход. Доступ через лунку целесообразен только в том случае, когда у пациента имеется выраженный дефект кости вокруг корней зуба, что позволяет проникнуть в пазуху без дополнительного удаления здоровой кости. Доступ через нижний носовой ход предусматривает повреждение слизистой оболочки под нижней носовой раковиной, что в большинстве случаев приводит к формированию рубца и нарушению мукоцилиарного транспорта в месте вскрытия пазухи. Учитывая вышеизложенное, целью нашего исследования было определить критерии выбора того или иного доступа к верхнечелюстной пазухе при мицетоме. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов с мицетомой верхнечелюстной пазухи возрастом от 21 до 65 лет. Все пациенты были обследованы клинически и лабораторно. Диагноз мицетомы верхнечелюстной пазухи подтверждался на основании компьютерной томографии, данных патогистологического и бактериологического исследований содержимого пазухи. Всем пациентам было проведено удаление причинного

зуба и удаление грибкового тела из верхнечелюстной пазухи. Применялся доступ через лунку удаленного зуба и через нижний носовой ход. Доступ через лунку удаленного зуба использовали в случае наличия соустья с верхнечелюстной пазухой или при наличии гранулемы со значительным дефектом кости (26 пациентов). 34 пациентам доступ к верхнечелюстной пазухе был произведен через нижний носовой ход по предложенной нами методике – без повреждения слизистой оболочки нижнего носового хода. Положительный результат был достигнут у 58 пациентов в периоде наблюдения до 3-х лет. У одного пациента произошел рецидив мицетомы. Также у одного пациента в отделенном периоде развился одонтогенный гайморит. Эти пациенты прошли курс лечения у стоматолога, причем, пациенту с одонтогенным гайморитом проводились пункции верхнечелюстной пазухи, а пациенту с мицетомой была проведена повторная ревизия верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход. При наблюдении больше одного года рецидив заболевания у данных пациентов выявлен не был.

© Л.Р. Криничко, А.В. Мотайло, А.Н. Науменко, 2015

Л.Р. КРИНИЧКО, А.В. МОТАЙЛО, А.Н. НАУМЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИИ «КЛЮЧЕВЫХ ЗОН» ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Несмотря на огромное количество публикаций относительно технологии проведения оперативных вмешательств на перегородке носа, интерес к данной проблеме привлекает все большее количество исследователей. Это связано, в первую очередь, со значительно повышенными требованиями пациентов к качеству данной услуги. Септопластика является одной из немногих плановых операций, при которой ожидание положительного результата приближается к ста процентам. С другой стороны, на сегодняшний день, отсутствуют общепринятые эффективные методики объективного оценивания результатов операции. В основном – это субъективная оценка самим пациентом. Последние исследования аэродинамики полости носа показали, что в подавляющем большинстве случаев, для максимально эффективной коррекции носового дыхания, необходимо вмешательство не только на «безопасных» отделах носовой перегородки, но и на, так называемых, «ключевых зонах». Повреждения «ключевых зон» приводит к деформации наружного носа, поэтому, целью нашего исследования было проанализировать и

применить наиболее эффективные приемы ринопластики при операции септопластика, целью которой являлось в первую очередь – нормализация носового дыхания, а во вторую – сохранение формы наружного носа при манипуляциях на «ключевых зонах».

Под нашим наблюдением находилось 254 пациентов с диагнозом: Искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит, нейровегетативная форма, причем, по данным компьютерной томографии и данным исследования дыхательной функции полости носа, отобранные пациенты нуждались в коррекции носовой перегородки не только в «безопасных», но и в «ключевых зонах». Основные «ключевые зоны» – соединение четырехугольного хряща и перпендикулярной пластинки решетчатой кости в верхних отделах, и соединение четырехугольного хряща с остью носа.

Все пациенты были обследованы клинически и лабораторно. Всем пациентам была проведена операция септопластика, вазотомия. При необходимости разъединения сочленения четырехугольного хряща и носовой ости, проводилась

шовная фиксация четырехугольного хряща с одномоментной пластикой колумеллы фрагментом резецированного хряща с дальнейшей его фиксацией к носовой ости и медиальным ножкам крыльчатых хрящей. «Избыточно» радикальные манипуляции с целью коррекции угла клапана носа в месте сочленения верхне-каудальной части четырехугольного хряща и верхней части пер-

пендикулярной пластинки, которые приводили к проседанию спинки носа, корректировались подкладыванием фрагмента хряща под кожу спинки носа, с дальнейшей шовной фиксацией четырехугольного хряща. Положительный функциональный результат был достигнут в 98,5 процентах случаев, причем форма наружного носа сохранилась неизменной.

© Л.Р. Криничко, А.В. Мотайло, А.Н. Науменко, 2015

А.А. ЛАЙКО, Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, Т.М. ОСАДЧА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПСИХОКОРЕКЦІЙНИЙ ВПЛИВ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА КОМПЛЕКСНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ

Постановка проблеми. Сучасний розвиток медицини, медичних технологій та високий рівень кваліфікаційної підготовки лікарів дозволяє своєчасно діагностувати у дітей різних вікових груп органічні зміни в гортані, які є причиною порушення голосоутворення. Довготривалі порушення голосової функції, перебування в лікувальних закладах, оперативні втручання, соматична ослабленість дитини можуть в подальшому стати причиною психологічних порушень у дітей.

Аналіз актуальних досліджень. Аналізуючи наукові роботи (О.С. Алмазової, О.С. Орлової, Д.А. Клес, О.М. Федорової), отримавши дані психологічної служби спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» та власних обстежень дітей з органічною патологією гортані дозволяють стверджувати, що у більшості дітей спостерігаються різні психологічні порушення, в основному порушення з боку емоційно-вольової сфери.

Мета. Визначити основні види психокорекції дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції з метою подолання виявлених емоційно-вольових порушень.

Виклад основного матеріалу. Комплексний підхід до розробки корекційної програми передбачає інноваційні заходи у роботі з дітьми, які мають порушення голосу. Корекційні програми для даної категорії дітей складаються з урахуванням психологічних особливостей дітей дошкільного віку.

Довготривалі порушення голосу – це психотравмуюча ситуація для людини, яка може призвести не лише до емоційно-вольових порушень, а й до неврозоподібних розладів. Деякі діти з органічною патологією гортані постійно звертають увагу на свій змінений голос, вони соромляться його, а власне дисфонія взагалі характеризується не тільки швидкою втомою го-

лосу, а й загальною слабкістю, лабільністю психіки, тривогою, зниженим настроєм, безсонням та інше. Вже при першому знайомстві з дитиною (під час госпіталізації) спостерігали у дітей страх, неспокій, істерикоформні реакції.

Отже, враховуючи вищевикладене, перед нами постало завдання у пошуках основних підходів попередження виникнення емоційно-вольових порушень та зазначених станів або при їх наявності методом психологічної корекції звести їх до мінімуму чи взагалі нівелювати.

Аналіз психологічної літератури підвів нас до того, що існує велика кількість методик, які використовуються для психологічної корекції дітей, але на нашу думку, вони повинні бути адаптованими і легкими у використанні у лікувальних закладах. Тому, більш доцільними для дітей дошкільного віку буде арт-терапія, а саме: казкотерапія, ігротерапія, музикотерапія, спрямована на попередження та подолання емоційно-вольових порушень у даної категорії дітей.

Умовно психологічну допомогу дітям дошкільного віку з порушеннями голосу органічного генезу можливо поділити на три етапи (доопераційний, післяопераційний, відновлюючий) і на кожному із етапів визначити основні підходи до психокорекції дітей.

На першому етапі психологічної допомоги (на момент госпіталізації та діагностики пацієнта) повинні бути визначені основні методи психотерапії завдяки яким у дитини сформується спокійна реакція на госпіталізацію та медичні маніпуляції, які будуть їй застосовувати у лікарні, а також сформувати у дитини бажання відновити голос. Це може бути досягнуто шляхом бесіди з дитиною, використання спеціальної медичної літератури, відеофільми, а також перед госпіталізацією можна познайомити дитину з лікувальним закладом та медичною апарату-

рою, яка буде застосовуватись для дослідження хворої дитини.

На другому етапі (післяопераційний період) психологічну допомогу можливо проводити після зменшення астенізації дитячого організму. Психокорекцію необхідно починати з бесіди з дитиною, пояснювати необхідність відновлення голосової функції, при цьому демонструвати рисунки з анатомією гортані, розповідати як голосові складки коливаються при мовленні і робота яких анатомічних утворень залучається до процесу голосоутворення. По можливості показувати дані відеоларингоскопії здорової гортані дитини, де чітко видно рухи голосових складок, що може представляти особливий інтерес у дітей дошкільного віку.

На третьому етапі (відновлюючому) психологічної допомоги можливо активно викорис-

товувати ігротерапію, музикотерапію та казкотерапію.

Отже, проаналізувавши основні підходи щодо психокорекції дітей дошкільного віку з порушенням голосу органічного генезу, ми дійшли висновку, що психокорекційні заняття мають бути недовготривалими, легкими у використанні і по можливості змінювати один вид діяльності на інший. Також ми передбачаємо, що з одного боку у дитини відбудеться покращення емоційно-вольового стану, а з іншого – відновлення або покращення основних характеристик голосу.

Перевірити позитивність та дієвість запропонованої нами методики корекції для дітей дошкільного віку з порушеннями голосу органічного генезу необхідно експериментально, над чим ми і продовжуємо нашу роботу.

© А.А. Лайко, Ю.В. Гавриленко, Т.М. Осадча, 2015

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

СТАН ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Актуальність. Захворювання верхніх дихальних шляхів на сучасному етапі розвитку медицини залишаються актуальною, але не вивченою в достатньому обсязі проблемою. Особливо це стосується перебігу їх у дитячому віці при наявності важкої супутньої патології. Інфекції верхніх дихальних шляхів, зокрема ЛОР-органів, у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу (ЦД-1) явно недооцінені та є досить небезпечними, що насамперед пов'язано з погіршенням компенсації вуглеводного обміну, зниженням ефективності цукровознижуючої терапії і ризиком розвитку гострих ускладнень. Аналіз наукових літературних джерел підтверджує, що у третини пацієнтів причиною діабетичного кетоацидозу є саме інфекція, особливо гнійна.

Мета – визначити стан верхніх дихальних шляхів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу.

Матеріали і методи. За період 2013-2014 років було обстежено 271 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, які проходили лікування у ендокринологічному відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» м. Києва. Всім хворим проводилось клініко-лабораторне обстеження згідно протоколів з визначенням глікемічного профілю та рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c (N – до 7%).

Крім загального оториноларингологічного огляду пацієнтам також проводилась ендоскопія порожнини носа, носової частини глотки, рентгенографія, спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) приносних пазух за необхідністю, бактеріологічне дослідження мікрофлори носа, піднебінних мигдаликів з визначенням її чутливості до антибіотиків.

Результати та обговорення. Віковий діапазон пацієнтів був від 3 до 17 років 11 міс, хлопчиків – 147 (54%), дівчаток – 124 (46%), середній вік – $10,37 \pm 4,47$ років. Тривалість захворювання на ЦД-1 становила від 1 до 10 років. У 66,5 % дітей ЦД-1 діагностовано важкий перебіг захворювання, 19,7% – із субоптимальним глікемічним профілем (ГП), 12,3% – із оптимальним глікемічним профілем, 1,5% – з ідеальним глікемічним профілем. Згідно проведених нами досліджень, у дітей, хворих на ЦД-1 відмічено наявність захворювань ВДШ у 83% пацієнтів, причому у більшості з них був ЦД-1 з високим ступенем ризику, у 17% хворих дітей була відсутня ЛОР патологія. В структурі захворювань ВДШ найбільшу групу «ризик» дітей, хворих на ЦД-1 склали 90 пацієнтів (40%) у яких діагностовано хронічний тонзиліт, 54% (n=49) були хлопчики і 46% (n=41) дівчатка. У 39% пацієнтів було діагностовано: викривлення

перегородки носа, 14% – фарингіт, 11% – гострий риносинусит, 9% – рецидивуючі носові кровотечі, 2,6% – гострий середній отит.

Висновки.

У дітей, хворих на ЦД-1 в структурі захворювань верхніх дихальних шляхів провідне місце займає патологія піднебінних мигдаликів – хронічний тонзиліт. Дітей з даною патологією можна виділити, як основну групу «ризик», а також пацієнтів з рецидивуючими носовими кровотечами (epistaxis), які потребують не тільки

ранньої діагностики на до клінічній стадії перебігу захворювання, але і адекватного та ефективного лікування, з метою запобігання погіршення стану і тяжкості перебігу цукрового діабету 1 типу у дитячому віці. Проведені дослідження і виявлені зміни ВДШ підтверджують, що у даній категорії хворих виникають порушення метаболізму та захисних функцій в різних тканинах організму, зокрема найбільш характерним є розвиток хронічних вогнищ інфекції, таких як хронічний тонзиліт.

© А.А. Лайко, Ю.В. Гавриленко, О.В. Степанова, 2015

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

ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Актуальність. На сьогоднішній день цукровий діабет 1 типу (ЦД-1) є найбільш розповсюдженим ендокринологічним захворюванням в дитячому віці. При даному захворюванні порушуються майже всі види обміну речовин, уражується більшість органів і систем організму, що надалі веде до виникнення важких ускладнень, які і являються причиною ранньої інвалідизації та високої смертності хворих. Порушення регенераторної функції тканин, послаблення фагоцитарної активності макрофагів та лейкоцитів, зниження захисного бар'єру слизових оболонок призводить до посилення адгезії мікроорганізмів та формуванню хронічних вогнищ інфекції.

Мета дослідження - визначити поширеність хронічного тонзиліту у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу.

Матеріали і методи. Клінічне дослідження проводилося у відділеннях ендокринології Національної дитячої спеціалізованої лікарні "Охматдит" і дитячої клінічної лікарні №6 міста Києва.

Під нашим спостереженням знаходилося 182 дитини з цукровим діабетом 1 типу, важка форма. Вік хворих дітей з ЦД-1 був від 3 до 18 років (середній вік склав 11,3 років). Тривалість захворювання складала від 1 до 10 років. Причому у хлопчиків середній вік від початку захворювання був дещо меншим, ніж у дівчаток. Усім хворим проводилося загальноклінічне обстеження з визначенням глікемічного профілю і рівня гліколізованого гемоглобіну за стандартною методикою. Усі діти проходили обстеження оториноларинголога, окуліста і невролога.

Результати досліджень. За допомогою розробленого опитувача визначали скарги пацієнтів, наявність клінічних проявів хронічного тонзиліту. Звертали увагу також на порушення носового дихання, носові кровотечі, болі в горлі при ковтанні, наявність субфебрилітету.

Серед обстежених дітей зміни ЛОР-органів діагностовані у 121 (65,5%) пацієнта, без наявної ЛОР-патології - 61 (33,5%). Основну групу спостереження серед пацієнтів з ЦД-1 склали діти з хронічним тонзилітом (ХТ) – 68 (56%), інша патологія ЛОР-органів – 53 (44%). В основній групі спостереження дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу з ХТ – 68 (100%) дівчаток було - 33 (48,5%), хлопчиків 35 (51,5%).

Структура патології лімфаденоїдного глоткового кільця була наступною: ХТ – 37 (55,4%), ХТ у поєднанні з викривленням носової перегородки – 16 (23,5%), ХТ і гіпертрофія аденоїдів 2 ст. – 4 (5,9%), ХТ і гіпертрофія піднебінних мигдаликів 2 ст. – 5 (7,3%), ХТ і наявність рецидивуючих носових кровотеч – 3 (4,4%), ХТ і запалення слухової труби – 2 (2,9%).

У віковому аспекті хронічний тонзиліт діагностувався у дітей з цукровим діабетом 1 типу від 3 до 7 років – 5 (7,3%), 8-13 років - 40 (58,8%), 14-17 років - 23 (33,8%).

Висновок. Проведене клінічне дослідження підтверджує, що хронічний тонзиліт (37,4%) являється поширеним захворюванням у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Часті загострення ХТ у дитячій популяції з ЦД-1 сприяють підвищенню глікемічного профілю,

порушенню якості життя пацієнта. Таким чином, доцільно подальше вивчення особливостей перебігу хронічного тонзиліту з метою розробки

ранньої діагностики і оптимального та ефективного лікування дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу.

© А.А. Лайко, І.А. Мітюряєва, Ю.В. Гавриленко, А.В. Гнилокурєнко, О.В. Степанова, 2015

*А.А. ЛАЙКО, Н.Ю. ПАВЛОВСЬКА, Л.А. ШУХ, В.В. СЕГАЛ, Ю.В. ГАВРИЛЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛІМФАДЕНОЇДНОЇ ТКАНИНИ ГЛОТКИ

У ЛОР-клініці Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» за період 2013-2014 років проведено 1273 аденоектомій, 448 тонзилотомій та 53 тонзилектомій. Оперативні втручання виконані у дітей до 5-тирічного віку під наркозом. Нині в ЛОР-хірургії часто використовуються різноманітні методи наркозу. Наш досвід свідчить про те, що оптимальним видом анестезіологічного забезпечення під час операцій у дітей є збалансована ендотрахеальна анестезія. Застосування пропофолу дає можливість запобігти загрозливим ускладненням у післяопераційному періоді: синдрому післянаркозної депресії, порушення мікроциркуляції, кислотно-лужної рівноваги, серцевої недостатності та інших синдромів, яких у наших пацієнтів не було. Зрідка зустрічалися нудота та блювота.

Видалення аденоїдних вегетацій проводиться з використанням різних аденотомів, шейверами, кріовпливом, діатермокоагуляторами, плазмовими інструментами, коблаторами із застосуванням сучасних ендовідеосистем або без них.

Наш досвід свідчить про те, що видалення аденоїдних вегетацій у дітей доцільно тільки під ендотрахеальним наркозом з використанням аденотома Бекмана, рідше біполярного аденотома, обов'язковий візуальний і пальцевий контроль за повним видаленням аденоїдних вегетацій, здійснюється зупинка кровотечі марлевою тампонадою носової частини глотки. Якщо аденоїдні вегетації знаходяться в ділянці хоан, то видалити їх за допомогою аденотома Бекмана неможливо. Необхідно видалити аденоїдні вегетації за допомогою щипців Блекслі через порожнину носа під візуальним або пальцевим контролем.

Тонзилотомія виконується ощадливою методикою залежно від анатомічної будови піднебінних мигдаликів. Видаляються насамперед тільки нижні або середні частини піднебінних мигдаликів, а верхній полюс із розвинутими криптами згодом зміщується донизу. Якщо верхній полюс піднебінного мигдалика розташований у товщі м'якого піднебіння і такі діти часто хворіють на респіраторно-вірусні інфекції або рецидивуючий середній отит, то доцільно зробити тонзилектомію. У 6 дітей проведена тонзиллопластика.

За два роки у дітей до 5-тирічного віку проведено всього 53 тонзилектомії під наркозом. В кінці операцій проводиться гемостаз і пацієнта переводять в палату і спостерігають за появою кровотечі з операційної рани або порушенням функцій організму. Необхідно підкреслити, що під місцевою анестезією оперативні втручання у дітей не проводились.

Слід звернути увагу на те, що після аденектомії діти нерідко продовжують дихати через рот, хоча причин для цього немає. Таким пацієнтам призначають дихальну гімнастику під контролем фахівця з лікувальної фізкультури. Якщо дихальна гімнастика неефективна, то застосовують психо- і гіпнотерапію для перебудови умовно-рефлекторного механізму дихання через рот.

Таким чином, оперативні втручання на лімфаденоїдному глотковому кільці у дітей доцільно проводити тільки під ендотрахеальним наркозом. У 71,76% дітей проведена аденектомія, у 25,25% – тонзилотомія і у 2,99% – тонзилектомія.

© А.А. Лайко, Н.Ю. Павловська, Л.А. Шух, В.В. Сегал, Ю.В. Гавриленко, 2015

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ НОВОУТВОРЕННЯМИ ФАРИНГО-ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Актуальність. Найбільш частою причиною стійких післяопераційних ускладнень у хворих на новоутворення фаринго-парафарингеальної ділянки є недостатня за об'ємом та складом топічна і диференційна діагностика і як наслідок відсутність призначення адекватної лікувальної схеми (хірургічної тактики, передопераційної підготовки і післяопераційної реабілітації). Перспективним напрямком в діагностиці новоутворень фаринго-парафарингеальної ділянки є використання комплексу безпечних, малоінвазивних, інтраскопічних методів дослідження (УЗД, СКТ, СКТ з контрастним підсиленням, МРТ).

Матеріали та методи дослідження. Вивчені дані клінічного матеріалу 142 хворих із новоутвореннями фаринго-парафарингеальної ділянки: контрольна група (КГ) 30 історій хвороб архівного матеріалу (1996-2006 рр.) і 112 пацієнтів основної групи (ОГ), які безпосередньо були під спостереженням (2006-2013 рр.). Пацієнтів ОГ поділено на три підгрупи залежно від локалізації та гістогенезу новоутворень в навкологлотковому просторі. I підгрупа складала 34 (30,4 %) хворих із задньобічною локалізацією новоутворень. II підгрупа складала 41 (36,6 %) хворих із новоутвореннями передньобічної локалізації. III – 37 (33,0 %) хворих із змішаною локалізацією новоутворень.

Пацієнти КГ отримали хірургічне лікування в об'ємі виділення новоутворення, після традиційних методів діагностики (пункційна біопсія новоутворення, УЗД органів ший (УЗД проведено у 13 хворих)) та визначення загальної суб'єктивної і об'єктивної симптоматики.

Хворим ОГ було виконано оперативне лікування в об'ємі виділення новоутворень після проведення комплексної диференційної і топічної діагностики пухлин фаринго-парафарингеальної ділянки (УЗД, СКТ, СКТ з контрастним підсиленням, МРТ) та доопераційної підготовки, зокрема у хворих на каротидну хемодекто-

му, розроблених нами для зменшення інтра- та післяопераційних ускладнень. З метою відновлення судинно-нервових порушень у післяопераційному періоді реабілітаційні заходи проводили хворим на каротидну хемодектому, невρινому, новоутворення глоткової порції і нижнього полюсу привушної слинної залози.

Результати дослідження. Визначалася клінічна симптоматика та характер і частота ускладнень. Проведено аналіз інформативності сучасних методів діагностики впливаючи на прогноз хірургічного лікування новоутворень фаринго-парафарингеальної ділянки. Результати оцінювали за ознаками стійких порушень (асиметрія обличчя (нейропатія VII ЧМН) дисфагія (нейропатія IX ЧМН), відчуття «стороннього тіла» у глотці (нейропатія IX ЧМН), охриплість голосу (нейропатія X ЧМН), атрофія / парез mm. sternocleidomastoideus et trapezius (нейропатія XI ЧМН), розлад мовлення (нейропатія XII ЧМН), синдром Горнера (Птоз, міоз, енофтальм (ураження truncus sympathicus)), короточасний непритомний стан, запаморочення) і минулих порушень (асиметрія обличчя (нейропатія VII ЧМН), дисфагія (нейропатія IX ЧМН), відчуття «стороннього тіла» у глотці (нейропатія IX ЧМН), охриплість голосу (нейропатія X ЧМН), парез mm. sternocleidomastoideus et trapezius (нейропатія XI ЧМН) та розлад мовлення (нейропатія XII ЧМН).

Так у хворих КГ спостерігалися стійки порушення у 17 пацієнтів, що склало 56,7%. У хворих ОГ стійки порушення були у 12 пацієнтів, що склало 10,7%. Рецидив захворювання спостерігався тільки у хворих КГ і склав 30%.

Таким чином, у хворих ОГ у яких була застосована комплексна діагностика у післяопераційному періоді спостерігалася значно менше стійких та минулих порушень, що підтверджує високу ефективність діагностики та хірургічного втручання.

КЛІНІКА ТА ЛІКУВАННЯ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТРОФІЮ ЛІМФАДЕНОЇДНОЇ ТКАНИНИ ГЛОТКИ

Ацетонемічний синдром обумовлений підвищенням рівня в крові кетонів: ацетону, ацетооцтової та бета-оксимасляної кислоти на тлі розпаду кетогенних амінокислот у хворих з психосоматичними хворобами. Вони відносяться до токсичних речовин, які викликають метаболічний ацидоз, порушення водно-електролітного балансу, гіповолемію, гіпокапнію, гіпоглікемію, порушення центральної нервової системи та шлунково-кишкового тракту. Пусковим чинником до розвитку ацетонемічного синдрому є стрес, голод або надмірне вживання білкової та жирної їжі при недостатку вуглеводів, напередодні перенесені інфекційні хвороби.

Метою роботи було вивчення розвитку ацетонемічного синдрому після перенесених оперативних втручань на ЛОР-органах у дітей.

Клінічно доведено, що розвиток ацетонемічного синдрому виникає на тлі тривалого передопераційного аліментарного голодування, зокрема вуглеводного, нервово-психічного перевантаження та значної втрати крові під час оперативного втручання. Це є одним із пускових провокуючих механізмів розвитку ацетонемічного синдрому у дітей у вигляді метаболічних кризів. У післяопераційному періоді розвивається вторинний ацетонемічний синдром, який характеризується раптовим ацетонемічним тривалим блюванням, що призводить до дегідратації, інтоксикації та до гемодинамічних порушень. Підвищується температура тіла, з'являється своєрідний «фруктовий» запах з рота, абдомінальний біль спастичного характеру, тахікардія, рідкі випорожнення, порушення свідомості, навіть кома. У крові накопичуються кетонів тіла (фізіологічна норма не перевищує 1-2 ммоль/л), що призводить до розвитку кетонемії, гіпоглікемії та кетонурії.

У ЛОР-клініці Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» за 2013 рік про-

ведено 689 аденектомій, 233 тонзилотомії та 27 тонзилектомій. За 2014 рік відповідно 584, 215 та 26 операцій, що становить всього 1273 аденектомій, 448 тонзилотомій та 53 тонзилектомій. У післяопераційному періоді ацетонемічний синдром виник у 128 хворих (7,2 %) без тяжких форм.

Для усунення ацетонемічного синдрому найбільш ефективним і безпечним є застосування реосорбілакту та сорбілакту внутрішньовенно крапельно з розрахунку 10мл/кг на добу. За даними літератури ще більш ефективним є інфузійний розчин «Ксилат», основою якого є цукроспирт ксилітон. Ксилат призначається внутрішньовенно крапельно з розрахунку 20 мг/кг на добу (М.А.Георгіянц, В.А. Коршунов, 2008), але у нас досвіду застосування немає. В комплексному лікуванні ацетонемічного синдрому призначаються адаптогени, спазмолітики, ентеросорбенти, протиблювотні препарати, вітаміни та післяопераційна дієта з обмеженням білкової та жирної їжі для зменшення рівня кетонів амінокислот. Необхідно поїти дітей віком до 6 років кожні 10-15 хв по 1 чайній ложці, а старших 6 років по 1 столовій ложці солодким чаєм із лимоном або розчином для регідратації. Оптимальна дієта: вівсяна, манна каші, овочевий суп, гречана каша на воді 5-6 раз на добу протягом 5-6 днів.

Таким чином, за нашими даними у післяопераційному періоді ацетонемічний синдром виникає у 7,2 % хворих. Провокуючим чинником насамперед є тривалий передопераційний період голодування та значна втрата крові під час операції. Найбільш ефективне і безпечне лікування ацетонемічного синдрому включає застосування реосорбілакту, адаптогенів, вітамінів, проти блювотних препаратів та післяопераційна дієта.

КОРЕЛЯЦІЯ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ І РЕЗУЛЬТАТІВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ НАВКОЛОНОСОВИХ СИНУСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ СИНУСИТ

Для визначення характеру і розповсюдженості запального процесу в навколосинусових синусах (ННС) в перелік додаткових методів обстеження хворого на хронічний синусит (ХС) зазвичай включають комп'ютерну томографію (КТ) ННС. Водночас затемнення ННС на КТ може бути випадково виявленим у пацієнтів із відсутністю будь-яких клінічних симптомів захворювань верхніх дихальних шляхів. Співставлення інтенсивності клінічних проявів і рентгенологічних ознак ХС дозволить визначити діагностичну цінність КТ ННС і запобігти проведенню зайвих оперативних втручань.

Визначена кореляція між інтенсивністю клінічних симптомів і результатами КТ ННС у 28 хворих на хронічний ексудативний синусит, 24 хворих на хронічний поліпозний синусит і 20 осіб контрольної групи.

Дослідження кореляції між інтенсивністю головного болю і результатами рентгенологічного дослідження виявило погану кореляцію між клінічними і рентгенологічними симптомами в більшості випадків.

Не виявлено кореляції між загальною сумою балів за шкалою Lund-Mackay та інтенсивністю головного болю в жодній групі. Встановлена кореляція середньої сили між інтенсивністю головного болю і затемненням верхньощелепного синусу у хворих на ексудативний ($Sp=0,32$) і поліпозний синусити ($Sp=0,32$).

Погана кореляція клінічних і рентгенологічних симптомів при хронічних запальних процесах ННС робить необхідним обов'язкове включення в алгоритм обстеження хворого із підозрою на ХС як клінічних ендоскопічних, так і рентгенологічних методів обстеження.

© С.А. Левицька, О.М. Понич, В.Л. Колесник, 2015

*В.А. ЛЕВЧУК, О.В. СТАХІВ, М.І. ГЕРАСИМЮК, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, М.А. ТВЕРДОХЛІБ,
Б.І. ШЕВАГА (КРЕМЕНЕЦЬ, ТЕРНОПІЛЬ, БОРЩІВ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕКСАСПРЕЮ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ФОЛІКУЛЯРНОЇ АНГІНИ У ДІТЕЙ

Для лікування фолікулярної ангіни використовуються різні засоби загальної і місцевої дії. Ми вивчали ефективність застосування препарату Гексаспрей для місцевої терапії фолікулярної ангіни у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2011 по 2013 рр. знаходилося 25 дітей, хворих на фолікулярну ангіну, віком від 6 до 18 років. Діти були розділені на дві групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 16 дітей, в контрольну – 9. Дітям основної групи призначалась загальна протизапальна терапія і Гексаспрей, дітям контрольної групи – загальна протизапальна терапія і полоскання горла розчином фурациліну 1:5000. Гексаспрей призначався згідно інструкції: по 2 зрошення ротової порожнини тричі на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми або їх батьками (вплив на головний біль, вплив на

біль в горлі при ковтанні, фарингоскопічна картина (колір, консистенція слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, величина мигдаликів, відсутність на їх поверхні нагноєних фолікулів), показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відмічено інтенсивніший регрес симптомів запалення піднебінних мигдаликів у дітей основної групи. Так, всі діти або їх батьки вказували на зникнення головного болю, 15 % – на зникнення, 7 % – на зменшення болю в горлі при ковтанні (на 5-6-й день лікування). У дітей контрольної групи ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 15 % дітей основної групи. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння і піднебінних дужок у них мала рожевий колір, була м'якої консистенції, мигдалики мали звичайну величину, нагноєні фолікули були відсутні. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-

6-й день лікування у 6 % дітей. Температура тіла нормалізувалась на 5-6-й день лікування у всіх дітей основної групи. В контрольній групі температура тіла нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 15 % дітей. Стерпність Гексаспрею у всіх дітей була доброю, побічних ефектів і інших небажаних явищ не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування препарату Гексаспрей для місцевого лікування фолікулярної ангіни у дітей виявилось ефективним. Отримані результати дають підставу рекомендувати Гексаспрей для місцевої терапії фолікулярної ангіни у дітей як протизапальний засіб. Гексаспрей може поповнити арсенал середників, що застосовуються в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дітей.

© В.А. Левчук, О.В. Стахів, М.І. Герасимюк, В.Г. Корицький, М.А. Твердохліб, Б.І. Шевага, 2015

*О.І. ЛЕТА, П.А. РАУЦКІС, С.О. БУРДЕЙНИЙ, А.В. ВЛАСЕНКО, С.О. ШАМАЙ
(ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)*

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТУ COBLATOR II З ЕЛЕКТРОДОМ EVAC 70 ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ АДЕНОТОМІЇ

Враховуючи досвід роботи з кобляцією закордонних колег ми для виконання аденономії використовували апарат Coblator II з електродом EVAC 70, з відрадними результатами.

Пацієнт перебуває в положенні на аденономію з Бойля-Девіса роторозширювачем розташованим на дузі. Усмоктувальні катетери використовуються, щоб підняти м'яке піднебіння і носоглотка розглядається з гортані гортанним дзеркалом протягом всієї процедури. EVAC 70 електрод використовується з параметрами настройки абляція 9 і коагуляція 3. Подача потоку сольового розчину для зрошення і також параметри всмоктування встановлені на максимум. Лімфоїдної тканину видаляють погладжуючи ми рухами електрода над нею, м'яко руйнуючи поверхню аденоїдної тканини, та ретельно відсмоктуючи кінчиком електрода. Щоб уникнути блокування кінчика електрода зберігається постійний рух. Більшість судин коагулюють при аденономії абляцією, але будь-які, які пропустили можуть бути закриті за короткотривалою дією коагуляції. Лімфоїдна тканина, що покриває слухові подушки ретельно видаляють під контролем зору короткими приривчастими сплесками абляції. Електродом можна також вийти за межі заднього краю носової перегородки та зруйнувати лімфоїдну тканину, що перекривають задні хоани зсередини, і, якщо необхідно, електрод можна зігнути, щоб контрольовано видалити лімфоїдну тканину. За допомогою цієї методики можна видалити тільки достатню кількість лімфоїдної тканини, щоб полегшити обструкцію в постназальному просторі або вустя евстахієвої труби, і не намагатися видалити тканину аж до превертебрального шару м'язів. Не потребує додаткового часу для гемостазу, і за нашим дос-

відом, це займає менше загального часу, ніж звичайна аденономія, 5-10 хвилин. З всіх випадків виконаних за допомогою цього методу, крововтрата була менш, ніж 1 мл.

Звичайна аденономія кюретажем, відносно швидка, проста і безпечна, як було відомо, але буде пов'язана з декількома добре задокументованими проблемами. Кровотрата, хоча й рідко надмірна, іноді може бути значна в дуже маленьких дітей. Крім того, в деяких випадках кровотечу може бути важко контролювати, повинен бути вставлений постназальний тампон, що вимагає інтубації у дітей молодшого віку в післяопераційному періоді. В ЛОР відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в 2014 році виконано 56 аденономій кобляцією. З них 25 разом з одночасною тонзилотомією. Гортанне дзеркало або ендоскоп робить видалення тканин носоглотки точніше і зводить до мінімуму ймовірність травми. Крім того, за допомогою візуалізації значно легше досягти безкровне операційне поле, використовуючи кобляцію. Ми визнали застосування апарату Coblator II з електродом EVAC 70 особливо ефективним у видаленні лімфоїдної тканини локалізовані всередині задніх хоан (важко при звичайному кюретажі) і в бічних стінках носоглотки, навколо отвору евстахієвої труби. Основною перевагою апарату Coblator II є здатність виконувати оперативні втручання без опіку тканин що оперуються. Унікальна дія холодної плазми дозволяє розсікати або видаляти тканини з мінімальними термінами післяопераційного загоєння та мінімальною болючістю, дозволяє виконувати оперативні втручання практично безкровно. Тому на нашу думку є виправданим використання кобляції для аденономії у всіх випадках, як самостійне оперативне втручання. Та-

кож дана методика може широко використовуватися для тонзилектомії та тонзилотомії. Цього підходу ми додержуємося у всіх подібних обставинах.

На нашу думку, аденомотомія кобляцією є привабливою альтернативною безкровною інструментальною методикою.

© О.І. Лета, П.А. Рауцкіс, С.О. Бурдейний, А.В. Власенко, С.О. Шамай, 2015

*О.О. МАЗУР, Н.В. ПАШКОВСЬКА, С.А. ЛЕВИЦЬКА, О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ,
К.І. ЯКОВЕЦЬ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

ЯКІСНИЙ І КІЛЬКІСНИЙ СКЛАД МІКРОБІОТИ ВМІСТУ ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ГАЙМОРИТ

Проведено дослідження якісного та кількісного складу мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки у 50 хворих на інсулінозалежний цукровий діабет та 47 хворих на хронічний гнійний гайморит із цукровим діабетом віком від 18 до 44 років. Отримані дані свідчать про те, що у пацієнтів з хронічним гайморитом, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет домінуючими мікроорганізмами є анаеробні бактерії та аеробні кишкові палички. За популяційним рівнем, коефіцієнтом кількісного домінування і коефіцієнтом значущості встановлено суттєвий дефіцит найважливіших за представництвом у складі товстокишкового біоценозу людини та мультифункціональною роллю у підтримці мікроекологічного гомеостазу автохтонних облигатних анаеробних бактерій роду *Bifidobacterium* на 41,3% та *Lactobacillus* на 51,3%. На фоні вираженого дефіциту облигатних, фізіологічнокорисних у біоценозі товстої кишки біфідо- та лактобактерій зростає популяційний рівень бактероїдів на 18,8%, пептокока на 64,9%, клостридій – на 88,0%, кишкових паличок – на 28,7%, протеїв – на 57,0%, стафілококів – на 71,1%, дріжджоподібних грибів роду *Candida* – на 92,0%. Бактерії, що контамінують порожнину товстої кишки пацієнтів з хронічним гайморитом, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет – патогенні (*E. coli*, *Нly+* і ентеропатогенні штами) та умовно патогенні ентеробактерії (*Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*) досягають високого популяційного рівня, основним чином, за рахунок цукрового діабету 1 типу, що сприяє порушенню провідних функцій мікрофлори товстої кишки.

У хворих на цукровий діабет 1 типу настає контамінація порожнини товстої кишки патогенними (ентеротоксигенними та ентеротоксичними) та умовно патогенними (бактеріями роду *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*) ентеробактеріями, бактеріями роду *Staphylococcus*, *Peptococcus*, *Bacteroides*, *Clostridium*, дріжджоподібними гри-

бами роду *Candida*; а також елімінація із цього біотопу у частині (14,0-36,0%) хворих автохтонних облигатних анаеробних найважливіших за представництвом у мікробіоценозі та мультифункціональною роллю у підтримці мікроекологічного гомеостазу бактерій роду *Bifidobacterium* і *Lactobacillus*. Головна (резидентна, індигенна) мікробіота порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний синусит представлена, у пацієнтів із ЦД 1 типу, облигатними анаеробними бактеріями роду *Bacteroides*, *Peptococcus niger*, *Lactobacillus* і *Bifidobacterium*, а також факультативними анаеробними та аеробними бактеріями роду *Escherichia*, ентеропатогенними кишковими паличками, стафілококами, ентеротоксигенними ешеріхіями (*E. coli* *Нly+*) і дріжджоподібними грибами роду *Candida*. У хворих на хронічний гнійний синусит, на фоні цукрового діабету 1 типу посилюється контамінація порожнини товстої кишки патогенними та умовно патогенними ентеробактеріями, що може призводити до підвищення інтоксикації за рахунок ендо- та екзотоксинів цих мікроорганізмів. За популяційним рівнем, коефіцієнтом кількісного домінування і коефіцієнтом значущості провідними мікроорганізмами у формуванні мікробіоценозу порожнини товстої кишки хворих на хронічний гнійний синусит представляють анаеробні і аеробні кишкові палички та ентеротоксигенні ешеріхії та аеробні бактерії та пептококи. Роль інших мікроорганізмів, в тому числі, біфідо- і лактобактерій суттєво знижена. Популяційний рівень анаеробних мікроорганізмів (коефіцієнт 0,5 у.о.) знижений у порівнянні з факультативними анаеробними та аеробними бактеріями.

Одержані результати є основою для вивчення клінічного перебігу та оптимізації лікування запальних захворювань ЛОР-органів, зокрема хронічних гнійних та гнійно-поліпозних синуситів, у пацієнтів на інсулінозалежний цукровий діабет з використанням біфідо- і лактобактерійних пробіотиків.

© О.О. Мазур, Н.В. Пашковська, С.А. Левицька, О.Г. Плаксивий, І.В. Калущкий, К.І. Яковець, 2015

КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ГАЙМОРИТ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Синдрому метаболічної інтоксикації полягає в тому, що при патологічних процесах у біологічних рідинах організму накопичується велика кількість продуктів метаболізму, більшість з яких входить до речовин середньої молекулярної маси від 500 до 5000 Да, які чинять токсичний вплив на клітини тканин і органів (печінка, нирки, головний мозок). Прояви біологічної активності МСМ (молекул середньої маси) багаточисельні, вони гальмують гліколіз, глюконеогенез, порушують тканинне дихання, мембранний транспорт, володіють імунодепресивною дією. Накопичення МСМ є не тільки маркером ендоінтоксикації, а також причиною подальшого поглиблення патологічного процесу.

Для визначення рівня МСМ використовуються такі методи, як спектрофотометрія, висковольтний електрофорез, іонообмінна та гель-хроматографія. Визначення рівня середніх молекул (СМ) у сироватці крові проводиться за скринінг-методикою Н.І. Габриєляна (1985), за методикою В.В. Николайчика і співав (1991) та іншими методиками.

Нами було використано визначення середньомолекулярних пептидів за скринінг-методикою Н.І. Габриєляна (1985). 1 мл сироватки венозної крові обробляють 0,5 мл 10% розчину трихлороцтової кислоти, потім центрифугують 30 хв при швидкості 3000 об/хв. Супернатант розчиняють дистильованою водою до співвідношені 1:10 і при довжині хвилі 254 нм на спектрофотометрі СФ – визначають вміст МСМ в умовних одиницях.

Було проведено обстеження та лікування 50 хворих віком від 27 до 65 років. Усі хворі розділено на основну і контрольну групи. Основну групу склали 2 репрезентативні підгрупи: основна 20 хворих на хронічний гнійний синусит з цукровим діабетом 1 типу, які в комплексній терапії отримували пробіотик симбітер та підгрупа співставлення 20 хворих на хронічний гнійний синусит з цукровим діабетом 1 типу, які отримували аналогічну комплексну терапію без пробіотика. В усіх 40 хворих верифіковано ендокринологом цукровий діабет 1 типу середньої ступені важкості, які отримують адекватну інсулінотерапію. Контрольну групу склали 10

хворих на хронічний гнійний синусит без супутньої патології. Для визначення референтної норми рівня МСМ були обстежені 15 практично здорових осіб.

Референтна норма рівня МСМ склала $(0,31 \pm 0,02$ ум.од). Рівень МСМ у хворих контрольної групи склав $(0,33 \pm 0,02$ ум.од). В основній підгрупі та підгрупі співставлення хворих на хронічний гнійний синусит з цукровим діабетом 1 типу рівень МСМ становив $(0,57 \pm 0,04$ ум.од) і $(0,55 \pm 0,04$ ум.од) відповідно та був вірогідно вищим порівняно з контролем ($p < 0,001$).

Істотної різниці між рівнем МСМ у хворих обох груп не було ($p > 0,05$). У основній підгрупі хворих, які отримували пробіотик відзначалось вірогідне зниження МСМ в кінці лікування $(0,39 \pm 0,03$ ум.од.) через 12-14 днів, хоча він залишався вищим, ніж в контрольній групі ($p < 0,05$). У підгрупі співставлення хворі якої отримували стандартне лікування на 12-14 день відмічалось незначне зниження рівня МСМ $(0,51 \pm 0,06$ ум.од.), проте вірогідної різниці з I днем початку лікування не було ($p > 0,05$). Відзначалася суттєва різниця у вмісті СМ між досліджуваними підгрупами ($p < 0,05$) по закінченню курсу лікування на 12-14 день.

Включення в лікування пробіотика поряд з прискоренням досягнення клінічної ремісії захворювання сприяє зниження рівню СМ до $(0,39 \pm 0,03)$, тобто до верхньої межі норми, що свідчить про зниження синдрому ендогенної (метаболічної) інтоксикації у даних хворих.

Підвищення вмісту МСМ у крові хворих на ХГВС з ЦД 1 типу є показником розвитку ендогенної інтоксикації. Включення пробіотиків в комплексне лікування знижує рівень МСМ в сироватці крові, зменшуючи ендогенну інтоксикацію та позитивно впливаючи на клінічний перебіг та подальшу реабілітацію.

Отримані дані свідчать, що використання пробіотика симбітер в комплексному лікуванні хронічного гнійного синуситу у хворих на цукровий діабет 1 типу є патогенетично доцільним та клінічно ефективним, що підтверджує, насамперед, прискорене одужання та наявність тривалої стійкої ремісії ХГВС з ЦД 1 типу, а в лабораторних аналізах – нормалізація вмісту МСМ у сироватці крові.

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ ТА ПОРУШЕННЯ БІОЦЕНОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТОГЛОТКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СИНУСИТ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

На сьогоднішній день порівняно добре вивченим є питання формування порушень мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний синусит. Менш вивченим залишається питання про порушення у біоценозі верхніх дихальних шляхів у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит при цукровому діабеті 1 типу. У хворих на хронічні запальні захворювання верхніх дихальних шляхів часто спостерігаються мікроекологічні порушення нормального біоценозу слизової оболонки верхніх дихальних шляхів. Елімінація автохтонної мікрофлори призводить до активації умовно патогенних мікроорганізмів, що погіршує перебіг основного захворювання. В значній мірі явища дисбіозу посилюються під впливом антибіотиків, які є основою етіотропного лікування гострих та загострень хронічних гнійних процесів, особливо, у пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу.

Метою дослідження було вивчення якісного та кількісного складу мікробіоти вмісту ротоглотки у хворих на хронічний гнійний гайморит, що виник на фоні цукрового діабету 1 типу. Проведено бактеріологічне та мікологічне обстеження 87 зразків порожнини ротоглотки хворим на хронічний гнійний верхньощелепний синусит з цукровим діабетом 1 типу.

Встановлено, що за популяційним рівнем, коефіцієнтом кількісного домінування і коефіцієнтом значущості провідне значення у мікробіоценозі вмісту ротоглотки хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит мають слинні стрептококи, лактобактерії, молочнокислі стрептококи та інші мікроорганізми. Випадковими у цьому біотопі є фузобактерії гемофільні бактерії, піогенний стрептокок, мораксели та ін.

У хворих на хронічний гнійний синусит з цукровим діабетом 1 типу за цими аналітичними показниками до головної мікрофлори можна віднести лактобактерії, пневмокока, золотистого стафілокока, гемофільну паличку, моракселу та дріжджоподібні гриби роду *Candida*. Дані зміни обумовлені суттєвим зниженням популяційного рівня у біотопі біфідобактерій на 23,86%, лактобактерій – 40,38%, пропіоновокислих бактерій на 32,54%, слинного стрептокока – на 51,60%. Зниження популяційного рівня в автохтонних облигатних анаеробних та факультативних анаеробних бактерій сприяє контамінації порожнини

ротоглотки патогенними та умовно патогенними пневмококами, гемофільними паличками, моракселами, пептококами, піогенними стрептококами, золотистими стафілококами та дріжджоподібними грибами роду *Candida*, а також зростанню популяційного рівня превотел, золотистого та епідермального стафілокока. Останні мають низький ступінь патогенності для людини та виявляють патогенні властивості тільки за певних умов – пригнічення неспецифічного протиінфекційного захисту організму.

У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, що розвинувся на фоні цукрового діабету 1 типу настає елімінація із біотопу важливих за мультифункціональною роллю у мікробіоценозі біфідобактерій, лактококів і *S. mutans*; суттєво знижується кількість фізіологічно корисних лактобактерій на 2 порядки, слинних стрептококів на 92,91%, *S. viridans* – на 25,17%, *S. sanguis* – на 86,17%, *S. mitis* – на 45,33%, *M. luteus* – 25,35%. На цьому фоні суттєво зростає кількість умовно патогенних превотел на 84,59%, фузобактерій – на 69,33%, піогенного стрептокока – на 50,5%, гемофільних бактерій – на 55,71%, мораксел – на 74,01%, дріжджоподібних грибів роду *Candida* – на 25,63%. Бактерії, що контамінують ротоглотку і вміст порожнин верхньощелепних пазух, досягають високого популяційного рівня (від $4,33 \pm 0,14$ до $5,69 \pm 0,09$ lg КУО/мл).

При хронічних гнійних синуситах у хворих на цукровий діабет 1 типу у вмісті порожнини ротоглотки виявляються асоціації автохтонних облигатних і факультативних умовно патогенних та алохтонних мікроорганізмів, які складаються із 3-х видів мікроорганізмів у 3(6%) хворих, із 4-х у 41(82%) та із 5 у 6(12%) пацієнтів. Хронічний гнійний процес у верхньощелепних пазухах у хворих на цукровий діабет 1 типу розвивається на фоні сформованого дисбіозу ротоглотки: 1 ступеня у 6,0%, 2 ступеня – у 28% хворих та 3 ст. – у 66% пацієнтів, який характеризується вираженим дефіцитом автохтонних облигатних анаеробних та аеробних бактерій (бактерії роду *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Propionibacterium*, *S. salivarius*, *L. lactis*) і контамінацією біотопу патогенними та умовно патогенними *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. aureus*, *S. epidermiditis*, *H. influenzae*, *M. catharralis*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *E. coli* та іншими мікроорганізмами.

Отримані дані стали передумовою для оптимізації комплексного лікування з застосуванням пробіотичних препаратів хворих на хроніч-

ний гнійний верхньощелепний синусит з цукровим діабетом 1 типу.

© О.О.Мазур, О.Г.Плаксивий, І.В.Калуцький, І.В.Незборецький, Л.Д.Малкович, 2015

А.М. МАШЕЙКО, О.В. МАКАРЕНКО (ДНІПРОПЕТРОВСЬК, УКРАЇНА)

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ФОРМ ТОНЗИЛІТУ

Ключовою складовою лікування хворих на гострий тонзиліт є антибактеріальна терапія, що направлена на ерадикацію основного збудника цього захворювання бета-гемолітичного стрептококу групи А.

Мета роботи: дослідити асортимент лікарських засобів, що застосовуються для лікування гострих форм тонзиліту, які представлені на фармацевтичному ринку України.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження асортименту лікарських засобів проводилось на підставі даних Державного реєстру лікарських засобів України. Об'єктом дослідження є лікарські засоби, що застосовуються для лікування гострих форм тонзиліту.

Результати та їх обговорення. Першим етапом дослідження було встановлення номенклатури лікарських засобів для лікування гострих форм тонзиліту. Протоколом надання медичної допомоги хворим з катаральною, фолікулярною та лакунарною ангінами, затвердженого наказом МОЗ України від 24.03.2009 № 181, передбачено застосування антибактеріальної терапії: пеніцилінів, пеніцилінів захищених клавулановою кислотою, цефалоспоринів 1 і 3 покоління та макролідів.

До зазначених груп лікарських засобів відповідно до номенклатури АТС-класифікації відносять: бензатину бензилпеніцилін (J01CE08), бензатин феноксиметилпеніцилін (J01CE10), ампіцилін (J01CA01), амоксицилін (J01CA04), амоксицилін та кислота клавуланова (J01CR02), цефазолін (J01DB04), цефалексин (J01DB01), цефадроксил (J01DB05), цефотаксим (J01DD01), цефтриаксон (J01DD04), цефтазидим (J01DD02), цефоперазон (J01DD12), цефіксим (J01DD08), цефтибутен (J01DD14), еритроміцин (J01FA01), рокситроміцин (J01FA06), кларитроміцин (J01FA09), азитроміцин (J01FA10), спіраміцин (J01FA02), джозаміцин (J01FA07), мідекаміцин (J01FA11), яких станом 15 березня 2015 року в загальній кількості зареєстровано 388 найменувань. Серед них найбільшу частку на фармацевтичному рин-

ку займають засоби групи азитроміцину (J01FA10) – 19,07% (74 одиниць), амоксициліну з кислотою клавулановою (J01CR02) – 17,53% (68 одиниць), цефтриаксону (J01DD04) – 15,98% (62 одиниці), кларитроміцину (J01FA09) – 12,11%, цефтазидиму (J01DD02) – 7,47%, амоксициліну (J01CA04) – 5,15%, цефотаксиму (J01DD01) – 5,93%, цефіксиму (J01DD08) – 3,87% та цефазоліну (J01DB04) – 2,84%. Частка інших лікарських засобів не перевищує 2% в загальній кількості антибактеріальних засобів, призначених для лікування гострих форм тонзиліту. Лікарські форми бензатин феноксиметилпеніциліну (J01CE10) зовсім не представлені на фармацевтичному ринку України.

Наступним етапом дослідження було визначення співвідношення імпортованих лікарських засобів та засобів вітчизняного виробництва. Із загальної сукупності зареєстрованих антибактеріальних засобів для лікування гострого тонзиліту частка ліків, де заявником реєстраційного посвідчення є вітчизняний виробник, становить 29,38%, всі інші – засоби, які Україна імпортує з-за кордону. При цьому Україна є переважним виробником засобів цефазоліну (J01DB04), частка яких становить 81,82% від усіх лікарських форм цефазоліну, зареєстрованих в Україні. Поряд з цим серед лікарських засобів групи цефадроксилу (J01DB05), цефтибутену (J01DD14), джозаміцину (J01FA07), бензатину бензилпеніциліну (J01CE08) та мідекаміцину (J01FA11) немає жодного засобу українського виробництва.

Висновок. На вітчизняному фармацевтичному ринку найбільш широко представлений асортимент засобів групи азитроміцину (J01FA10) та амоксициліну з кислотою клавулановою (J01CR02). При цьому цей асортимент широкий як за кількістю представлених на ринку торгових назв та лікарських форм, так і за різноманітністю товаровиробників, проте зі значним переважанням ліків закордонного виробництва.

© А.М. Машейко, О.В. Макаренко, 2015

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, А.Ю. БРЕДУН, В.П. СЕМЕНЮК, Д.Д. ЗАБОЛОТНАЯ, М.Д. ТИМЧЕНКО
(КИЕВ, ИВАНО-ФРАНКОВСК; УКРАИНА)*

ВЛИЯНИЕ ТОНЗИЛОТОМИИ И АДЕНОТОМИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В РОТОГЛОТОЧНОМ СЕКРЕТЕ В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

За последнее десятилетие внимание отоларингологов и клинических иммунологов все больше привлекают проблемы сохранения структур лимфаденоидного глоточного кольца Пирогова-Вальдейера, а также возможные клиничко-иммунологические последствия при их частичном или полном удалении (Yamanaka e.a., 2010; Brandtzaeg, 2012).

В настоящем сообщении представлены обобщенные результаты клиничко-иммунологического исследования детей в возрасте от 5 до 11 лет после тонзиллотомий (12) и аденотомий (11), которые проведены до, через 1 и 3 недели после проведения операций. В контрольной группе аналогичного возраста (10 чел.), как и в группах обследованных, в ротоглоточном секрете (РГС) определяли уровни секреторного IgA, α -интерферона, интерлейкина-1 β , макрофагального ингибитора – MIP-1b. Использовали иммунофермент-

ный метод (ридер Stat Fax 2100, США), реактивы фирм Хема-Медика и Цитокин (РФ), Bioscience (Австрия). Статистическая обработка проведена с применением критерия «t» Стьюдента.

Было определено, что после аденотомии и тонзиллотомии на первой неделе после операции в РГС увеличивалось содержание всех исследованных факторов иммунитета. Через 3 недели сниженным по сравнению с исходным уровнем и контролем было содержание секреторного иммуноглобулина класса А, MIP-1b, интерлейкина-1 β ; концентрация α -интерферона продолжала оставаться повышенной, что косвенно может указывать на то, что несмотря на стихание воспалительного процесса в слизистой может иметь место выраженное вирусное инфицирование. Вектор всех выявленных отклонений был практически одинаковым как при тонзиллотомии, так и аденотомии.

© О.Ф. Мельников, А.Ю. Бредун, В.П. Семенюк, Д.Д. Заболотная, М.Д. Тимченко, 2015

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

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ПИДОТИМОД НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В НОСОГЛОТКЕ

Иммунологически и клинически обследовано 30 детей в возрасте от 6 до 14 лет с острыми воспалительными процессами в носоглотке (9 – ринофарингит, 11 – аденоидит, 10 – тубоотит), а также 12 человек без жалоб на состояние здоровья (контрольная группа). Наряду с традиционным лечением половина пациентов получала в составе комплексной терапии иммуномодулятор пидотимод в дозировках, представленных в инструкциях к препарату. В образцах ротоглоточного секрета (РГС), полученных при поступлении в клинику и после окончания лечения методом ИФА определяли уровень иммунных комплексов (ИК), содержание секреторного IgA (sIgA), мономерного IgA (mIgA), α -интерферона и интерлейкина-1 β . Статистическая обработка данных проведена с использованием параметрического критерия

«t» Стьюдента. Было установлено, что при всех нозологических формах воспалительных заболеваний в отличие от контроля отмечено достоверное повышение всех исследуемых показателей. Включение пидотимода в состав комплексного лечения позволило достоверно приблизить к показателям контрольной группы уровни ИК, mIgA и интерлейкина-1 β в РГС обследуемых. В группе с традиционным лечением сохранялась лишь подобная тенденция и «нормализация» указанных параметров выглядела недостоверной. Проведенные исследования клинического состояния больных и локального иммунного статуса позволяют считать целесообразным включение пидотимода в состав комплексной терапии больных с инфекционно-воспалительными процессами в носоглотке.

© О.Ф. Мельников, Д.И. Заболотный, А.П. Вахнина, 2015

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, О.И. ТЫНИТОВСКАЯ, О.Г. РЫЛЬСКАЯ
(КИЕВ, ЛЬВОВ; УКРАИНА)*

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА РОТОГЛОТКИ ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ОМ-85 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ СТРУКТУР ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА

За последние 20 лет убедительно показано, что иммунопрофилактика с применением препаратов из бактерий и грибов, обитающих на слизистой оболочке, является эффективным методом снижения частоты заболеваемости инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей

Имеются отдельные сообщения об усилении системного гуморального и клеточного иммунитета при профилактическом применении МВ (Г.Н. Дранник и соавт., 2009), однако данных о характере иммунологических флюктуаций в ротоглотке и носовой полости при использовании МВ недостаточно для формирования представлений о спектре и векторности изменений параметров местного иммунитета в области верхних дыхательных путей. В связи с изложенным, нами проведены исследования по определению уровня иммуноглобулинов и цитокинов, характеристике клеточного состава в ротоглоточном секрете больных хроническим тонзиллитом и у пациентов после тонзиллэктомии, которые в состоянии клинической ремиссии проходили иммунопрофилактику с использованием мукозальной вакцины системного действия типа ОМ-85 (бронховаксом).

Исследования проведены у 53 пациентов различных групп в возрасте от 14 до 35 лет. 13 человек составили контрольную группу (КГ) практически здоровых доноров без патологии со стороны верхних дыхательных путей. 21 человек представляли группу больных хроническим тонзиллитом (ХТ), которые на момент исследования были в стадии клинической ремиссии. 19 пациентов были отнесены к группе тонзиллэктомированных (1-5 лет спустя после операции) и также на момент начала исследований не предъявляли жалоб на состояние здоровья.

Объектом исследования служил не стимулированный ротоглоточный секрет, который собирали до и после мукозальной вакцинации и обрабатывали для иммуноферментных и цитологических исследований в соответствии с рекомендациями Д.И. Заболотного, О.Ф. Мельникова и соавт. (2008), А.В. Демьянова и соавт. (2003). Препарат ОМ-85 применяли согласно инструкции на протяжении 3 месяцев и через 10 дней после окончания последнего приема собирали РГС. В жидкой фазе ротоглоточного секрета методом ИФА (ридер Lab line, Австрия) согласно рекомендаций Д.И. Заболотного, О.Ф. Мельникова и соавт. (2008), определяли содержание секреторного и мономерного иммуноглобулина класса А, фактора некроза опухолей (ФНО- α), γ -интерферона (все реактивы Хема-Медика и Цитокин, РФ). Кроме того в жидкой фазе РГС определяли уровень иммунных комплексов с использованием метода осаждения белков полиэтиленгликолем (Е.Л. Насонов, 1987; И.П. Кайдашев, 2003). Результаты статистически обработаны с применением непараметрического критерия «U» (Вилкоксона-Манна-Уитни) согласно описаниям Е.В. Гублера (1978).

В результате проведения исследований и анализа полученных данных было установлено, что применение мукозальной вакцины типа ОМ-85 на протяжении 3-х месяцев «нормализует» клеточный состав ротоглоточного секрета как у больных ХТ так и после тонзиллэктомии. Мукозальная вакцинация препаратом системного типа сопровождается выраженным противовоспалительным эффектом как на клеточном, так и гуморальном уровнях. Препарат ОМ-85 способствует усилению защитных свойств РГС как у больных ХТ, так и у тонзиллэктомированных пациентов.

© О.Ф. Мельников, Д.И. Заболотный, О.И. Тынитовская, О.Г.Рыльская, 2015

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Л.Д. КРИВОХАТСКАЯ, М.Д. ТИМЧЕНКО, Т.А. ЗАЯЦ,
А.Д. ПРИЛУЦКАЯ, А.И. КАМИНСКАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)*

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЙСТВИЯ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩЕГО АНТИСЕПТИКА НА МЕХАНИЗМЫ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА IN VITRO

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) занимают одно из первых мест в структуре ин-

фекционных заболеваний и обусловлены они, как правило, вирусами. Статистические данные

свидетельствуют, что только среди детского возраста ежегодно болеет около четырех миллионов человек, а каждое десятое ОРЗ сопровождается осложнениями. Наряду с противовирусными препаратами для лечения ОРЗ используются и антисептические препараты, особенно те, которые содержат естественные компоненты, например, лизоцим в комплексном препарате Лизак. Вместе с тем данных о влиянии этого препарата на механизмы противовирусного иммунитета недостаточно для заключения о векторности и механизмах антивирусного действия.

Исходя из этих предпосылок, нами было изучено влияние препарата Лизак на уровень продукции противовирусных факторов – интерферонов при инкубации *in vitro* препарата Лизак с клетками глоточной миндалины детей, а также уровень изменения активности их естественных цитолитических клеток. Кроме того было изучено влияние препарата на способность деактивировать цитопатогенное действие аденовируса 5-го типа в отношении культивируемой линии клеток рака гортани Нер-2.

Было установлено, что препарат Лизак в исследованных концентрациях и во всех временных интервалах инкубации с клетками глоточной миндалины достоверно снижал продукцию α и γ -интерферонов по сравнению по сравнению с исходным уровнем, т.е. препарат Лизак влиял негативно на вирусную активацию клеток миндалины.

Препарат в малых концентрациях существенно (в 2,5 раза, $p < 0,01$) повышал деструктивную активность естественных цитотоксических клеток миндалины что может свидетельствовать в пользу иммуностимулирующего действия препарата на клеточные факторы противовирусного иммунитета. Препарат Лизак блокировал цитопатогенное действие аденовирусов на клетки Нер-2, что свидетельствует о прямом антивирусном действии на аденовирусы. Таким, проведенные в условиях *in vitro* исследования по определению влияния препарата Лизак на факторы антивирусного иммунитета, показано выраженное действие препарата как на опосредованные, так и прямые механизмы противовирусной защиты.

© О.Ф. Мельников, Л.Д. Кривохатская, М.Д. Тимченко, Т.А. Заяц, А.Д. Прилуцкая, А.И. Каминская, 2015

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Т.Б. РОМАНОВА, Л.І. ВОЛОСЕВИЧ, О.О. ПОЛЯКОВСЬКА,
М.Д. ТИМЧЕНКО, С.В. ТИМЧЕНКО, Н.О. ПЕЛЕСHENKO, Т.В. СМАГІНА, В.І. НЕСТЕРЧУК,
Е.О. МУРЗИНА, А.І. КАМІНСЬКА, І.М. МУСІЧ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ БРОНХО-ВАКСОМА ЯК ОКРЕМО, ТАК І ПІСЛЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО КУРСУ СЕМБІТЕРА НА ІМУНОЛОГІЧНІ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНО- ЕКСУДАТИВНИЙ ГАЙМОРОЕТОМОЇДИТ

Мета роботи – оцінити ефективність застосування імунотропних засобів бактеріального походження (ІЗБП) при лікуванні хворих на хронічний гнійно-ексудативний гайморит (ХГЕГ) при поєднанні вакцинації з попереднім прийомом пробіотика (ПБ).

Досліджено 14 хворих на ХГЕГ. Контрольну групу склали 16 клінічно здорових донорів. Усіх хворих було вакциновано ІЗБП Бронхо-Ваксомом (БВ), ефективність якого була показана нашими попередніми дослідженнями. При цьому половина пацієнтів до вакцинації пройшла профілактичний курс прийому ПБ Симбітера (С). Всі хворі кілька разів були обстежені клінічно як до так і протягом 6 місяців після вакцинації. Лабораторно досліджувались ротоглотковий секрет (РС) та сироватка крові пацієнтів, які брались до та не раніше 10 днів після завершення прийому БВ.

Клінічно показано, що попереднє застосування перед вакцинацією БВ С покращує загальний стан хворих, але суттєво не впливає на об'єктивні прояви риносинуситу. Вакцинація зменшує в них частоту захворювань на ГРВІ, порівняно з відповідним попереднім періодом часу.

Визначення в сироватці крові пацієнтів дослідних груп до і після вживання БВ титру антитіл до претогликанів Kl. pneumoniae, оскільки лізат цих мікроорганізмів входить до складу БВ, показало, що сам по собі БВ суттєво його не змінює. Однак, в разі вакцинації БВ після курсу ПБ титр антитіл до Kl. pneumoniae в крові таких пацієнтів на рівні тенденції ($0,1 > p > 0,05$) підвищується. Поряд із цим загальне представництво транзитної мікрофлори в РС хворих на ХГЕГ при різних варіантах прийому БВ недостовірно зменшується порів-

няно з вихідними даними. У хворих що приймали БВ після С вміст резидентної мікрофлори не відрізняється від контрольних значень. При цьому концентрація sIgA у РС хворих, що лікувались самим лише БВ за час спостереження майже не змінюється, тоді як у осіб, що приймали його після С – достовірно знижується ($p < 0,05$). При визначенні клітинного складу РС

встановлено, що вакцинація хворих на ХГЕГ обох дослідних груп БВ сприяє зменшенню вмісту в них у РС відсотка лімфоцитів до рівня контролю.

Отримані результати дають підстави стверджувати, що в цілому ІЗБП з пероральним шляхом введення в організм справляють на хворих з ХГЕГ позитивну дію.

© О.Ф. Мельников, Т.Б. Романова, Л.І. Волосевич, О.О. Поляковська, М.Д. Тимченко, С.В. Тимченко, Н.О. Пелешенко, Т.В. Смагіна, В.І. Нестерчук, Е.О. Мурзіна, А.І. Камінська, І.М. Мусіч, 2015

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, О.Г. РЫЛЬСКАЯ, Н.А. ПЕЛЕШЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

Проведены экспериментальные и клинические исследования для определения иммуномодулирующих свойств фитопрепаратов Синупрет и Имупрет. В условиях эксперимента показано, что препараты были способны восстанавливать иммунный ответ организма на растворимые и корпускулярные антигены у животных с иммунодефицитом, а также были способны активировать факторы врожденного иммунитета у этих животных, такие как фагоцитоз и естественная клеточноопосредованная цитотоксичность клеток крови. Показано, что одним из механизмов иммунореабилитационного действия исследованных препаратов является способность препарата восстанавливать массу и клеточность лимфоидных органов, прежде всего вилочковой железы.

Применение препарата Синупрет при лечении больных с хроническими риносинуситами и Имупрета в комплексной консервативной терапии больных хроническим тонзиллитом способствовало повышению уровня местных защитных гуморальных факторов (секреторный IgA, интерфероны и дефензины), а также повышению в крови протективных антител против респираторных вирусов и микроорганизмов, особенно при использовании после проведенной терапии курсов мукозальной вакцинации.

Специальные исследования по выявлению гуморальной сенсибилизации к компонентам фитопрепаратов не выявили повышенного содержания реактинов в периферической крови обследованных пациентов к отдельным растительным составным фитопрепаратов.

© О.Ф. Мельников, О.Г. Рыльская, Н.А. Пелешенко, 2015

*О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, В.И. ШМАТКО, Б.Н. БИЛЬ, Е.Е. ЯМПОЛЬСКАЯ
(КИЕВ, ХАРЬКОВ; УКРАИНА)*

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ СОСТОЯНИЕМ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОДЕСНЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Анатомическая общность структур лимфоглоточного кольца ротовой полости, зубодесневой системы и слизистой оболочки всегда была предметом клинических наблюдений и научных исследований. Было установлено, что при частых ангинах и обострениях хронического тонзиллита (ХТ) часто развиваются воспалительные процессы в деснах особенно в детском возрасте, а наличие хронического тонзил-

лита с давностью процесса > 5 лет сочетается с более высоким уровнем развитием пародонтита.

В настоящем сообщении приведены данные о влиянии клинического состояния небных миндалин на заболевания зубодесневой системы (гингивит, кариес и пародонтит), при этом выделяли три клинических состояния миндалин – без патологии (N), хронический тонзиллит и

состояние после тонзиллэктомии (ТЭ). Всего клинически осмотрено 96 детей в возрасте от 5 до 14 лет и 66 взрослых от 20 до 45 лет. В группах с различным клиническим состоянием небных миндалин было отобрано по 15 человек для определения в ротоглоточном секрете таких параметров местного иммунитета: секреторного IgA (sIgA), интерлейкина-1 и α -интерферона с использованием реактивов и ридера для иммуноферментного анализа.

Выявлено, что наиболее достоверные отклонения в состоянии зубодесневой системы у детей были отмечены в виде увеличения случаев острого кариеса с индексом КПУ 4-8 при ХТ и

после ТЭ, гингивиты и заболевания пародонта носили единичный характер. У взрослых больных с ХТ и после ТЭ преобладали заболевания пародонта (60,5% и 72,0%, соответственно).

Определения факторов воспаления и иммунитета в РГС обследованных клинических групп показало обратную коррелятивную связь между содержанием sIgA и α -интерферона и прямую в отношении интерлейкина-1.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения активной иммунопрофилактики для снижения уровня кариеса и пародонтита у пациентов с ХТ и после ТЭ и нормализации локального иммунитета.

© О.Ф. Мельников, В.И. Шматко, Б.Н. Биль, Е.Е. Ямпольская, 2015

*В.В. МЕЛЬНИЧУК, М.І. ГЕРАСИМЮК, О.М. ЧАЙКОВСЬКА, Л.Р. ДОБОЩУК
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ СПРЕЮ ПОЛІДЕКСА З ФЕНІЛЕФРИНОМ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНІТУ У ДІТЕЙ

Для лікування гострого катарального риніту застосовуються різні середники загальної і місцевої дії, залежно від стадії захворювання. Ми вивчали ефективність застосування спрею Полідекса з фенілефрином в якості терапії гострого катарального риніту (в другій стадії) у дітей.

Під нашим спостереженням за 2012-2013 рр. знаходилося 40 дітей, хворих на гострий катаральний риніт (в другій стадії), віком від 12 до 18 років.

Діти скаржились на серозно-слизові виділення, утруднене носове дихання, чхання, шум у вухах. При передній риноскопії відзначалась значна гіперемія і припухлість слизової оболонки порожнини носа. Діти були розподілені на дві групи: основну (20) і контрольну (20). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Діти основної групи отримували спрей Полідекса з фенілефрином і загальноприйняте лікування; контрольної – закрапування в ніс галазоліну і загальноприйняте лікування.

Спрей Полідекса з фенілефрином призначався по 1 вприскуванню в порожнину носа 4 рази на добу протягом 6 днів.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на виділення з носа, вплив на носове дихання, вплив на чхання, вплив на шум у вухах), риноскопична картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний ре-

грес симптомів риніту у дітей основної групи. Так, 16 із 20 дітей цієї групи вказували на зникнення, 4 – на зменшення виділень з носа; 15 – на відновлення, 5 – на покращення носового дихання, 18 – на зникнення чхання, 19 – на зникнення шуму у вухах (на 3-4-ту добу лікування). Повне зникнення симптомів риніту спостерігалось на 6-ту добу від початку лікування. У дітей контрольної групи ці показники були значно нижчими. Покращення у них відмічалось з 5-6-ї доби від початку лікування, а ліквідація всіх симптомів риніту – на 7-8-му добу. Риноскопична картина нормалізувалась на 6-ту добу лікування у всіх дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції. В контрольній групі риноскопична картина нормалізувалась на 7-8-му добу лікування. Стерпність спрею Полідекса з фенілефрином у всіх дітей була доброю, за виключенням 1 дитини, у якої спостерігалось відчуття сухості у носі.

Таким чином, одержані результати дають підставу зробити висновок, що спрей Полідекса з фенілефрином є ефективним препаратом в лікуванні гострого катарального риніту (в другій стадії) у дітей. На підставі одержаних даних застосування спрею Полідекса з фенілефрином у лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) можна рекомендувати для впровадження в клінічну практику при терапії даної патології порожнини носа у дітей.

© В.В. Мельничук, М.І. Герасимюк, О.М. Чайковська, Л.Р. Добощук, 2015

*В.В. МЕЛЬНИЧУК, В.В. НІКОЛОВ, В.А. БАШИНСЬКИЙ, І.М. ГОМЗА, І.Я. ГАЙДУЧИК
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, ТЕРНОПІЛЬ, КРЕМЕНЕЦЬ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ФУРАСОЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ФОЛІКУЛЯРНОЇ АНГІНИ У ДІТЕЙ

Для лікування фолікулярної ангіни як у дорослих, так й у дітей застосовують різні загальні і місцеві засоби. Ми використали антибактерійний препарат фурасол (фурагін розчинний) для місцевої терапії фолікулярної ангіни у дітей. Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014рр. знаходилось 18 дітей, хворих на фолікулярну ангіну, віком від 9 до 17 років. Діти були розподілені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 10 дітей, в контрольну – 8. Дітям основної групи призначалась протизапальна терапія і полоскання горла розчином фурасолу, діти контрольної групи отримували протизапальну терапію і полоскання горла розчином бікарбонату натрію. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином діти полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на головний біль, вплив на біль в горлі при ковтанні), фарингоскопічна картина (колір, консистенція слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, величина мигдаликів, відсутність на їх поверхні нагноєних фолікулів), показники температури тіла. При аналізі

результатів лікування відмічено інтенсивніший регрес симптомів ангіни у дітей основної групи. Так, всі діти цієї групи вказували на зникнення головного болю, 9 із 10 – на зникнення, 1 – на зменшення болю в горлі при ковтанні (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 8 дітей основної групи. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння і піднебінних дужок у них була рожевого кольору, м'якої консистенції, мигдалики мали звичайну величину. Нагноєні фолікули на мигдаликах були відсутні. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6 –й день лікування у 5 із 8 дітей. Температура тіла нормалізувалась на 5-6-й день лікування у всіх дітей основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 5-6-й день лікування мала місце у 7 дітей. Стерпність фурасолу у всіх дітей була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевого лікування фолікулярної ангіни у дітей виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дітей в якості антибактерійного засобу.

© В.В. Мельничук, В.В. Ніколов, В.А. Башинський, І.М. Гомза, І.Я. Гайдучик, 2015

*Ю.В. МІНІН, А.Ф. КАРАСЬ, О.Г. ДЕРЯБІНА, Т.І. КУЧЕРЕНКО, Г.А. КАРАСЬ, С.В. ТИМЧЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АТРОФІЧНИХ ЗМІНАХ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Не зважаючи на зростання арсеналу відповідних фармакологічних засобів та досвід використання різноманітних фізичних методів терапії, лікування хронічних атрофічних запалень слизової оболонки (СО) верхніх дихальних шляхів (ВДШ) залишається актуальною проблемою, що продовжує привертати увагу фахівців. Вплив чисельних етіологічних факторів, складність патогенетичних механізмів розвитку атрофічних процесів ВДШ та недостатня ефективність існуючої терапії зумовлюють потребу

удосконалення існуючих лікувальних заходів шляхом запровадження в практику методів регенеративної медицини.

В контексті даної проблеми останнім часом активно дискутується можливість використання мультипотентних мезенхімальних стромальних клітин (ММСК) різного походження з метою стимуляції відновних процесів в організмі людини як на місцевому, так і системному рівнях. Визначальною рисою ММСК, отриманих в постнатальний період з різних джерел організму, доведеною in

vivo, є їх здатність до міграції у напрямку ушкоджених тканин з подальшою диференціацією у специфічні клітини під впливом факторів мікрооточення, що спонукало нас до вивчення ММСК із пуповини та жирової тканини людини у якості потенціальних індукторів та регуляторів репаративних процесів у СО ВДШ дослідних тварин за умов її експериментальної атрофії.

Метою першого етапу науково-дослідної роботи було вивчення в експерименті динаміки змін у СО ВДШ, за умов попередньо індукованої атрофії інфекційного генезу, після системного застосування ММСК Вартанового желе пупкового канатика та жирової тканини в різні строки спостереження.

Для отримання ММСК, кордовий матеріал опрацьовувався за згодою породіль у перші 4-6 годин. Після видалення судин подрібнений пуповинний субстрат висаджувався у вигляді експлантів у спеціальний пластиковий посуд і вирощувався до 2-го пасажу, після чого, перед введенням модельним тваринам, клітини досліджувались морфологічно та за поверхневими маркерами.

Методика, яка використовувалася в роботі для виділення та культивування клітин, давала можливість отримати уже на 2-му пасажі необхідну кількість матеріалу, до 15 млн. клітин з одного зразка пуповини, що не відрізнялися за усіма характеристиками і відповідали критеріям належності до ММСК.

В результаті удосконалення поширеного на часі методу отримання ММСК з жирової тканини людини відчутно скоротився час обробки ліпоаспірату. Виділені мезенхімальні клітини проходили усього 2 пасажі і були охарактеризовані за стандартними для ММСК маркерами. В результаті проведених досліджень з людського ліпоаспірату була отримана достатня для подальшого використання у запланованому експерименті кількість клітин, які за морфологією та за експресією відповідних поверхневих маркерів повністю відповідали характеристикам стовбурових клітин із жирової тканини – ASCs.

Після відтворення моделі атрофічного процесу у СО порожнини носа дослідних тварин інфекційного генезу, а саме через один місяць від початку експерименту у хвостову вену тварин, віднесених до I груп, ін'єкційно вводили 1 млн. культивованих *in vitro* ММСК пуповини або із жирової тканини людини. Тварини II дослідних груп з експериментальним атрофічним ринітом різної етіології не отримували будь-якої клітинної терапії і використовувались у якості контролю.

Для вивчення динаміки змін СО ВДШ дослідних тварин виводили з експерименту через

14, 30 та 60 днів після введення ММСК. При морфологічному дослідженні препаратів СО порожнини носа дослідних мишей I групи через 14 днів після системного введення ММСК пуповини або із жирової тканини спостерігалось деяке збільшення кількості клітин з високим рівнем базofilії та явищами проліферації як в епітеліальному шарі, так і у власній пластинці СО, на відміну від тварин II групи.

Через 1 місяць після введення ММСК було встановлено збільшення товщини СО за рахунок клітинної проліферації в епітеліальному та сполучнотканинному шарі. Поява клітин з базofilними ядрами у базальному прошарку епітелію та біля стінок судин свідчила про активізацію проліферативних та репаративних процесів в атрофованій СО після введення ММСК.

Через 2 місяці по тому привертало увагу превалювання продуктивних процесів із збільшенням мукозальних утворень та судин у власній пластинці СО порожнини носа дослідних тварин I групи та відновлення характерних структур епітеліального покриву.

У СО ВДШ тварин II дослідної групи, що аналогічно утримувалися протягом 2 місяців після впливу інфекційного чинника, *Pasteurella multocida*, але без введення ММСК, констатувалася стійкий характер атрофічних змін.

Таким чином, результати проведених експериментальних досліджень довели, що системне застосування ММСК пуповини та із жирової тканини людини чинить позитивний вплив на процеси регенерації при атрофічних змінах СО ВДШ. При порівняльному аналізі клінічного стану дослідних тварин, морфо-функціональних змін у СО ВДШ відсутні суттєві відмінності за умов системного застосування ММСК різного походження.

Відносно джерела ММСК, на наш погляд, певні переваги має аутологічна жирова тканина, що виправдано можливістю отримання стовбурових клітин із ліпоаспірату, відсутністю будь-яких біоетичних проблем, а також питань гістосумісності та ризику ятрогенного інфікування хворих. Однак, використання ММСК з метою аутотрансплантації потребує детальної попередньої оцінки морфо-функціонального стану клітин. Подальші морфологічні, експериментальні та клінічні дослідження, проведені нами у цьому напрямку, дозволили розробити в експерименті методику клітинної терапії, орієнтованої на стимуляцію регенерації елементів тканин з клініко-морфологічними ознаками атрофії.

Друга частина експериментальної роботи мала на меті відтворення моделі атрофії слизової оболонки ВДШ у самців щурів Wistar шляхом закапування протягом 6 місяців в ніс тварин роз-

чину флогогену на фоні імуносупресії циклофосфаном. По тому, половині дослідних тварин внутрішньовенно вводили по 0,1 мл клітинної суспензії з 1,5 млн. ММСК різного походження.

При клінічному спостереженні за тваринами з індукованим атрофічним ринітом вже через 1 місяць після введення ММСК констатовалося достовірне поліпшення загального стану, зовнішнього вигляду тварин та стану СО ВДШ. Через 2 місяці позитивні клініко-морфологічні зміни констатували ознаки відновлення морфологічної характеристики СО носа.

На основі детального вивчення клінічних ознак перебігу індукованого атрофічного риніту у лабораторних тварин, а також морфо-функціональних змін СО їх порожнини носа до та після застосування культивованих *in vitro* ММСК з жирової тканини людини у дозах 250×10^3 , 500×10^3 та 1 млн., був переконливо дове-

дений позитивний вплив запровадженої клітинної терапії та визначення дозозалежного ефекту лікування.

Таким чином, узагальнені результати проведених досліджень біологічних властивостей культивованих ММСК різного походження у подальшому можуть сприяти розробці протоколів кількісного застосування різновидів стовбурових клітин в клінічній практиці.

При порівнянні результатів дослідження також відмічено позитивний вплив ММСК на атрофічні зміни слизової оболонки ВДШ різного генезу.

Запроваджені в експерименті сучасні клітинні технології, орієнтовані на стимуляцію процесів регенерації, є науково обґрунтованими, ефективними і відповідно мають стати корисними у вирішенні існуючих проблем лікування атрофічних захворювань ВДШ.

© Ю.В. Мінін, А.Ф. Карась, О.Г. Дерябіна, Т.І. Кучеренко, Г.А. Карась, С.В. Тимченко, 2015

*Ю.В. МІНІН, А.Ф. КАРАСЬ, Г.А. КАРАСЬ, С.В. ТИМЧЕНКО, Т.І. КУЧЕРЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

СТВОРЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ АТРОФІЧНОГО РИНІТУ

Основним методом патофізіологічних досліджень є експеримент. Особливість патофізіологічного експерименту полягає у відтворенні на лабораторних тваринах моделей різноманітних хвороб для вивчення їх етіології та перебігу в організмі людини. Хоча експериментальні дослідження на тваринах не надають повної уяви усіх специфічних складових захворювання, але, в той же час, забезпечують можливість спостереження, об'єктивізації та аналізу досліджуваного матеріалу для розуміння особливостей розвитку патологічних змін в організмі людини з метою розробки їх ефективного лікування. Слід пам'ятати також, що у лабораторних тварин існує низка стандартних тканинних і клітинних реакцій на окремі подразники та впливи, що, зазвичай, майже не відрізняються від характеру морфо-функціональних проявів в людському організмі. Експериментальна модель патологічного стану може стати важливим об'єктом дослідження для оцінки терапевтичних можливостей лікарських препаратів при даній патології.

Враховуючи нагальну потребу у створенні оптимальних експериментальних моделей дегенеративних уражень слизової оболонки (СО) верхніх дихальних шляхів, зокрема її атрофії, для подальшого запровадження іннова-

ційних сучасних методів клітинної терапії в оториноларингологічну практику нами було обрано два концептуально відмінні підходи, а саме, створення експериментальної моделі атрофічного риніту інфекційного генезу на мишах та з використанням подразнюючого хімічного агенту на щурах.

Всі експериментальні роботи проводили з дотриманням заходів по забезпеченню гуманного поводження з дослідними тваринами у відповідності до постанов Конвенції Ради Європи стосовно біомедицини та відповідних законів України, а також за узгодженням з комітетом медичної етики ДУ "Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України".

Загально відомо, що негативна дія шкідливих інфекційних чинників може порушувати рівновагу захисних механізмів СО порожнини носа і викликати незворотні зміни у поверхневому прошарку тканин усього респіраторного тракту, тому для створення моделі атрофії СО порожнини носа у експериментальних мишей нами були використані культури мікроорганізмів роду *Pasteurella multocida*. Типовий представник роду патогенних пастерелл – *Pasteurella multocida* є комплексним видом бактерії, що поєднує декілька близьких серологічних штамів,

що зазвичай паразитують в носовій частині глотки багатьох видів теплокровних тварин, викликають атрофічні риніти у поросят та епізоотії геморагічних септицемій у жуйних тварин.

Для відтворення моделі атрофічного риніту на мишах було обрано три патогенні ліофелізовані штами *Pasteurella multocida*. В експерименті використовували культуру з концентрацією 1 млрд колонієутворюючих одиниць (КУО) в мл робочого розчину. Для проведення досліджень відібрали 50 здорових мишей віком 1,5-2 тижні вагою 10-12 г. Відібраних для дослідження мишей розмістили в клітках, в окремому приміщенні. Всього було сформовано дві групи мишей – одна дослідна з 40 тварин та контрольна інтактна з 10 мишей. Як підготовчий захід, на початку експерименту кожній з 40 мишей дослідної групи інтраназально вводили 10 мкл 1% розчину оцтової кислоти двічі – за 24 та 6 годин до зараження. Інфікування 40 мишей проводили, інокулюванням інтраназально по 10 мкл робочого розчину культури *Pasteurella multocida*.

При клінічному спостереженні за тваринами через 14 днів після їх зараження звертали на себе увагу деяка млявість та уповільнення рухів усіх наявних мишей, поганий апетит та накопичення слизово-гнійних або слизово-кров'янистих виділень біля присінку носа, блідий колір та помітна сухість слизової оболонки глотки під час огляду.

Для морфологічної оцінки відтворення атрофічного процесу миші виводились з експерименту через 14 та 30 днів від його початку. При морфологічному дослідженні СО дослідних мишей через 14 днів після їх інфікування виявлялися значні деструктивно-дистрофічні зміни епітеліоцитів з явищами десквамації та метаплазії епітеліального покриву, наявність крововиливів, деяке стоншення сполучнотканинної власної пластинки СО порожнини носа у поєднанні зі зменшенням кількості мукозальних клітин.

На четвертому тижні після зараження усім мишам піддослідної групи, незалежно від їх стану, було запроваджене парентеральне профілактичне введення антибіотика “Енрофлоксацин” в дозі 20 мг на 0,12 мл розчину два рази на день, протягом трьох днів. На цей час переважна більшість піддослідних тварин мала наявні ознаки слабкості, обмеженої рухливості, утруднення носового дихання, внаслідок накопичення густого гнійного слизу та кірок на рівні присінку носа. Візуальні ознаки сухості СО глотки, констатовані під час огляду, також відчутно зросли через місяць після зараження. Усі тварини виглядали млявими, адинамічними, погано харчувалися, помітно відрізнялися від контрольної групи. Середня вага мишей піддослідної

групи відповідала ($12,8 \pm 0,5$) гр. Натомість вага інтактних тварин контрольної групи в цей час дорівнювала ($16,6 \pm 0,7$) гр.

При морфологічному дослідженні СО порожнини носа дослідних мишей через 1 місяць від початку експерименту відмічалось зникнення келихоподібних і війчастих клітин, метаплазія епітелію у поєднанні з вираженим зменшенням залозистих утворень, явищами фібротизації у власній пластинці та загальним потоншенням СО порожнини носа, що переконливо свідчило про розвиток атрофічного процесу.

Аналіз наведених клінічних спостережень за піддослідними тваринами підтвердив загальнотоксичну дію обраних патогенних штамів *Pasteurella multocida* та подальший розвиток патологічного процесу у слизовій оболонці ВДШ експериментальних мишей, який у перші 14 днів мав характер інфекційного запалення. В той же час, тенденція збільшення слизово-гнійних накопичень у вигляді кірок біля присінку носа, що сприяли утрудненню носового дихання, та посилення проявів сухості СО ВДШ вже через 1 місяць після зараження переконливо свідчили на користь розвитку явищ атрофії.

Таким чином, результати проведених клініко-морфологічних досліджень свідчили про те, що інфікування лабораторних мишей шляхом запровадженної інтраназальної інокуляції трьох патогенних штамів *Pasteurella multocida* призводить до розвитку атрофічних змін СО порожнини носа, які підтверджені морфологічно через 1 місяць після інфікування.

В основу другої, розробленої нами, експериментальної моделі атрофічного риніту у щурів було покладено застосування подразнюючого агента – 0,1 % розчину декстрана з молекулярною масою 70000 у 0,9 % розчині натрію хлориду. Спосіб моделювання атрофічного риніту запроваджувався на тлі імуносупресії, при внутрішньочеревному введенні 10 дослідним тваринам циклофосфана в дозі 40 мг/кг. Наступної доби та ще через тиждень в носові ходи інстилювали по 20 мкл декстрину. Для хронізації процесу такі інстиляції флогогена повторювали раз на місяць протягом 3 місяців, а потім два рази на місяць – до 5 місяців експерименту, після чого розпочинали гістологічний контроль розвитку атрофічного риніту. Через 1 та 1,5 після припинення інстиляцій декстрана було досліджено увесь спектр гістопатологічних змін, що охоплювали як епітеліальний шар, так і власну пластинку СО дослідних щурів.

За даними морфологічних досліджень було констатовано порушення щільності клітин, що формують респіраторний епітелій, дезорганізацію структури епітеліального шару, не-

кротичні зміни, випадки втрати його характерних війок. Підтверджено наявність васкулярних порушень, зменшення тубулярних сіромукозних залоз, зміни базальної мембрани, потоншення та деградацію епітелію, що вказувало на розвиток атрофічного риніту у дослідних щурів. Вивчення даних морфологічних досліджень у співставленні з результатами клінічних

спостережень дало змогу відмітити їх повну відповідність.

Таким чином, наведені експериментальні моделі атрофії СО порожнини носа можуть бути використані для розробки, випробування та оцінки ефективності методів лікування хворих з атрофічними станами СО верхніх дихальних шляхів.

© Ю.В. Мінін, А.Ф. Карась, Г.А. Карась, С.В. Тимченко, Т.І. Кучеренко, 2015

Ю.В. МІНІН, Т.І. КУЧЕРЕНКО, О.В. ЧОРНИЙ (КИЇВ, ЛЬВІВ; УКРАЇНА)

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОПІННЯ ТА ОБСТРУКТИВНЕ АПНОЕ

Останні роки проблема хропіння зосередилася на собі пильну увагу фахівців різних спеціальностей. Проведеними клініко-експериментальними дослідженнями встановлено, що хропіння спричинюють анатомо-фізіологічні зміни верхніх дихальних шляхів (ВДШ). Звуження просвіту носових ходів, стан м'я'зів глотки, язика та м'якого піднебіння займають провідну роль у генезі захворювання.

Хропіння є одним із основних передвісників синдрому обструктивного апное уві сні, що характеризується періодичними зупинками дихання, значними порушенням сну, денною сонливістю та змінами психоемоційного стану хворих. При синдромі нічного апное (СНА) спостерігається від 30 зупинок дихання протягом 7-годинного сну. Клінічні прояви синдрому обструктивного апное достатньо загрозливі, тому, не випадково, його ще називають "синдромом критичного стану", що виникає за умов гіпоксії та гіпоксемії та поєднує підвищений ризик розвитку тяжких ускладнень у вигляді змін серцевого ритму, виникнення інфарктів міокарду та порушень мозкового кровообігу, легеневої, з формуванням легеневого серця, чи системної гіпертензії, тобто складає реальну загрозу життю таких хворих.

Поширення існуючої проблеми пояснює різноманітність тактичних підходів, що використовуються при визначенні характеру та об'єму лікувальних заходів, спрямованих на боротьбу з хропінням та СНА. Водночас, слід враховувати, що центральне апное, яке трапляється у хворих із порушеннями центральних механізмів регуляції дихання, перебуває поза компетенцією отоларингологів.

При консервативному лікуванні ронхопатії найчастіше призначаються препарати групи неседативних антидепресантів, стимуляторів

дихання, прогестерон, ацетазоламід та ін. Певне місце у лікувальній тактиці апное займають методи кисневої терапії, штучні засоби нормалізації анатомо-фізіологічного стану ВДШ, та пристрої, що створюють постійний позитивний тиск у дихальних шляхах або запобігають сну на спині.

Серед інвазивних методів лікування хропіння слід зазначити склерозуючу терапію м'якого піднебіння увулотомію, увулопалатофарингопластику, хірургічну корекцію верхньої та нижньої щелеп, зміни дислокації під'язикової кістки. Однак досвід спостереження доводить, що виключно хірургічне лікування даної категорії хворих має дещо обмежені можливості та імовірність розвитку певних ускладнень.

На наш погляд, а ми займаємося лікуванням ронхопатії з 1990 року, для досягнення стійких функціональних результатів при лікуванні хворих на хропіння та СНА є доцільним запровадження комбінованого методу, що поєднує хірургічну тактику з електроміостимуляцією.

Відомо, що оптимальною формою фізичного подразнення вважається та, при якій частота слідування і форма стимулюючого сигналу відповідають фізіологічним властивостям окремих нервово-м'язевих структур. У цьому зв'язку ми також пропонуємо застосовувати КВЧ-терапію, що може сприяти досягненню очікуваного результату лікування.

Для вивчення означеної проблеми під нашим наглядом перебувало 55 хворих у віці від 25 до 64 років зі скаргами на постійне хропіння під час сну, а саме 39 чоловіків та 16 жінок. У 41 пацієнта хропіння з'являлося під час сну на спині та на боці, у 14 – тільки на спині. Від 6 до 10 років – 11 та від 11 до 15 років Відповідно анамнезів захворювання від 1 до 3-х років було

у 15 пацієнтів, від 4 до 5 років – у 24, від 6 до 10 років – 12 та від 11 до 15 років – у 4 хворих.

Під час оториноларингологічного обстеження у 29,2 % випадків було виявлено викривлення перегородки носа, у 14,6 % - хронічний гіпертрофічний риніт, патологія глотки у вигляді хронічних фарингіту і тонзиліту, та гіпертрофії піднебінних мигдаликів була у 56,3 % осіб. У 45 хворих спостерігалось потовщення гіпотонічного м'якого піднебіння. Uvula palatina була подовжена до 1,5 см у 29 випадках, від 1,6 до 2,5 см – 16 осіб та від 2,6 до 3,0 см – 10 пацієнтів.

Рівень звукового тиску, що визначає акустичний ефект під час сну, по групі складав від 70 до 110 дБ. З 55 осіб, що перебували під наглядом, 14 (25,4 %) відмічали СНА, індекс апное склав 19.

В ході даної роботи ми також проводили вивчення деяких параметрів голосової та артикуляційної систем хворих до та після запровадженого комбінованого лікування з використанням спеціальних адаптованих тестів.

Зважаючи на те, що зміни в функціональному стані гортані у вигляді порушення механізму голосоутворення та ларенгеальної компенсації можуть виникати за умов недостатності велофарингеального клапана, та зміни рефлекторного впливу іннервації останнього після палатофарингопластики на активність голосових складок, вивчення голосоутворюючої та артикуляційної систем хворих продовжували у післяопераційному періоді. Метою даної роботи була розробка реабілітаційних заходів для профілактики велофарингеальної недостатності.

Усім хворим на першому етапі запроваджувалася ендоназальна хірургічна корекція носового дихання, для чого, відповідно до показань, виконували септопластику, крістотомію, вазо- та конхотомію, а також транс- та субмукозні склеюючі інвазії. Через 5-7 днів після першого етапу лікування виконувалася модифікована нами палатофарингопластика, що включала класичну тонзилектомію, часткову резекцію передніх та задніх піднебінних дужок, а також дистального відділу palatum molle з uvula palatine включно. По закінченню операції накладалися кетгутові шви, що забезпечували фіксацію залишених глоткових м'язів як поміж собою, так і до бокових стінок глотки, що забезпечувало необхідну опірність створеної арки під час сну. При потребі, виконували також кріодеструкцію тканини бокової поверхні глотки та кореню язика, з метою посилення його регідності.

Протягом 3 діб після палатофарингопластики у 19 хворих було відмічено легкий ступінь гіперназальності приголосних, формування яких потребувало збільшення тиску у ротовій порожнині. Назалізація не перевищувала 3 бали при оцінці резонансу за 4-бальною шкалою. Привертали увагу носова емісія повітря, дискоординоване ротове дихання, що погіршувало якість голосу, розбірливість та артикуляцію. Даний стан вимагав призначення відповідних логопедичних та фонопедичних вправ, артикуляційної гімнастики для тренування м'якого піднебіння, що забезпечувало профілактику його паретичного стану та рубцевої деформації.

Через 7-8 діб після палатофарингопластики усім хворим проводили електростимуляцію м'язів м'якого піднебіння тривалістю 10 хвилин щодня, всього 10 сеансів з використанням апарату "Міоритм 021". Результати лікування оцінювали через 10 днів, 1 та 3 місяці за показниками динамічного дослідження рівнів збудження м'язів м'якого піднебіння за методом електроміографії.

Обстеження хворих показало, що електростимуляція, запроваджена на м'яке піднебіння сприяла нормалізації усіх показників функціонального стану голосового і артикуляційного апаратів вже через 12 днів після палатофарингопластики. Порівняльний аналіз перцептивних та клініко-інструментальних параметрів до та після лікування хворих продемонстрував збільшення стійкості та витривалості м'язевих елементів піднебінно-глоткового клапану.

Результати комбінованого лікування 55 хворих на хропіння оцінювали через 1, 3 та 6 місяців. Через 1 місяць хропіння позбулися 46 (83,6 %) осіб, обструктивне апное заперечували 6 (42,8 %) хворих. У інших 8 пацієнтів прояви СНА помітно зменшилися, що відповідало скороченню індексу апное до 11. Через 3 місяці наявність постійного хропіння заперечували 51 (92,7 %) пацієнтів. Тільки 4 з опитаних відмічали епізоди хропіння після фізичної перевтоми або зловживання алкоголем. Через 6 місяців наведені попередньо позитивні показники функціональних змін утримувалися у повному обсязі.

Таким чином, результати наших досліджень продемонстрували високу ефективність запровадження хірургічного та фізіотерапевтичного методів лікування хворих на ронхопатію та СНА для медичної та соціальної реабілітації чисельної категорії зацікавлених осіб.

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ СТЕНОЗІВ ГОРТАНІ І ТРАХЕЇ

В умовах технічного прогресу та військових дій збільшується кількість не тільки безпосередніх травмувань голови, верхніх дихальних шляхів та органів шиї, а також ятрогенних ускладнень, пов'язаних, в першу чергу, з пошкодженнями гортані і трахеї під час термінових реанімаційних заходів, серцево-судинної та червікальної хірургії, при довготривалій інтубації та трахеостомії. Тому в сучасній отоларингологічній практиці питання лікувальної тактики та реабілітації хворих з хронічними стенозами гортані і трахеї продовжують зберігати свою актуальність.

Стійка респіраторна обструкція дихальних шляхів, принципово змінюючи життя хворих, призводить до погіршення функції зовнішнього дихання, гіпоксії органів і тканин та метаболічних порушень. У найбільш тяжких випадках хворі стають канюленосіями, що, зазвичай, супроводжується стійким запаленням навколишніх ділянок шиї, локальними хондроперехондритами з подальшою хондромаліацією, хронічною бронхо-легеневою патологією, афонією, функціональною ізоляцією початкових відділів респіраторного тракту, астено-невротичними станами.

Усю різноманітність відомих набутих хронічних стенозів гортані і трахеї за механізмом дії, зазвичай, поділяють на три групи: паралітичні, рубцеві та пухлинні. Визначення лікувальної тактики останніх не викликає особливих питань, бо вимагає видалення діагностованого новоутворення та забезпечення відновлення дихальної функції.

Зовсім інший підхід при паралітичних стенозах гортані, що, у переважній більшості випадків, виникають на фоні патологічних змін нервово-м'язової активності органу. В клінічній практиці причинами порушень моторики гортані найчастіше є ураження стовбура блукаючого нерву або його гілок. Наднуклеарні розлади рідко спричиняють повний параліч голосових складок, в той час, як патологія на рівні подвійного ядра центральної нервової системи вражає не лише гортань, а також інші функції, котрі забезпечує блукаючий нерв, що опосередковано призводить до порушення процесу дихання, ковтання та мовоутворення. Якщо ураження локалізується в основі черепа, на рівні яремного отвору або ж у парафарингеальному просторі, неврологічний дефіцит хворого може поширюватися за рахунок IX, XI та XII черепних нервів.

Згідно даних різноманітних джерел, майже 20 % ларингеальних парезів і паралічів вважаються центральними з денервацією абдукторів гортані на мезенцефальному або на рівні продовгуватого мозку, що у непоодиноких випадках поєднується з ураженням декількох бульварних ядер IX-XII пар черепно-мозкових нервів, а також структур субкортикального комплексу у складі смугастого тіла, таламусу та гіпоталамусу. Причинами полісимптомних порушень найчастіше стають вогнищеві крововиливи та мальформації речовини мозку, черепно-мозкові травми, переломи основи черепа, прогресуючий бульварний параліч, шваномі блукаючого нерва, аневризми внутрішньої сонної артерії та ін.

В структурі причин периферійних нейрогенних двобічних паралічів поворотного гортанного нерву, з нашого досвіду, перше місце займає тиреоїдектомія (61 %), далі слідує травми та пухлини органів грудної порожнини, множинний та аміотрофічний склероз, хвороба Паркінсона, туберкульозне та саркоїдозне ураження легень, злоякісні пухлини щитовидної залози і стравоходу, наслідки торакальної хірургії та ін.

Асиметричні відгалуження та типові анатомічні шляхи поворотних гортанних нервів пояснюють неоднорідну уразливість останніх щодо цілого ряду патологічних процесів.

На наш погляд, пріоритетною лікувальною тактикою паралітичних стенозів гортані залишається одно- або двобічна ендоскопічна хордоаритеноїдотомія.

За останні 5 років нами було проліковано 41 хворого з паралітичними стенозами гортані віком від 46 до 72 років. Відповідно анамнезів у 18 випадках стеноз гортані виник внаслідок струмектомії, у 1 хворого поворотні гортанні нерви були уражені під час операції на серці, у 3-х двобічні паралічі гортані були набуті внаслідок черепно-мозкових травм та 1 було віднесено до ідіопатичних.

Удосконалення та запровадження різноманітних варіантів хордоаритеноїдотомії забезпечило досягнення результативної латерофіксації нерухомих голосових складок. У всіх вищезазначених осіб респіраторна обструкція була ліквідована без накладання трахеостоми в післяопераційному періоді.

Однак слід пам'ятати, що стійка медіалізація голосових складок може виникнути не

тільки внаслідок порушень іннервації абдукторів гортані. Приводом стенозів можуть стати рубцеві утворення на рівні підскладкового та міжчерпакуватого просторів, анкілоз перстнечерпакуватих суглобів, що важко діагностуються при звичайній ендоскопії та вимагають додаткової корекції обсягів операції.

За умов поєднання стійкого звуження просвітів гортані і трахеї стеноз дихальних шляхів розцінюється як комбінований, а відновлення адекватного дихання є досить складним процесом, що вимагає запровадження декількох етапів хірургічного лікування.

Відомо, що рубцеві стенози верхніх дихальних шляхів переважно є результатом травматичних та опікових пошкоджень контактуючих тканин. Нажаль, у непоодиноких випадках вони мають і ятрогенне походження.

На даний час відсутність чітких клінічних критеріїв та узагальнень типових розладів дихальної функції в наявних класифікаціях хронічних стенозів гортані і трахеї ускладнює діагностику та формування адекватних лікувальних протоколів. Стан проблеми вимагає конкретизації і подальшої ретельної систематизації класифікацій з урахуванням етіології, характеру, розповсюдження, ступенів прояву функціональних відхилень та можливих ускладнень, що дозволить оптимізувати прогнози лікувальних заходів.

Серед 9 хворих з хронічним комбінованим стенозом гортані і трахеї у 7 осіб при детальному ендоскопічному обстеженні окрім стенозу трахеї, було встановлено двобічний параліч гортані, з трахеостомою у 2 випадках. У 2 інших хворих у підскладковому відділі гортані були виявлені рубцеві мембрани.

Для обрання раціонального варіанту хірургічного лікування вищезазначених різновидів стенозів вважаємо обов'язковим урахування стану опірної функції хрящів гортані та трахеї,

для чого пропонуємо запроваджувати комплекс досліджень, серед яких ендоскопія гортані і трахеї, томографія, бокова рентгенографія гортані і шийного відділу трахеї, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, при потребі діагностична деканюляція з подальшим ендоскопічним контролем.

Після встановлення ступенів функціональної невідповідності гортані і трахеї у всієї попередньо наведеної категорії хворих було визначено напрямок сукупної хірургічної реконструкції вражених ділянок дихальних шляхів.

Особам з паралітичними стенозами гортані, у першу чергу, була виконана однобічна ендоскопічна хордоарітенотомія, що забезпечувала можливість адекватного дихання на рівні голосової щілини. Другий етап хірургічної реабілітації даної групи хворих вимагав ефективної реконструкції стенозованої трахеї, що було досягнуто шляхом циркулярної резекції деструктованих її ділянок за умов її ощадливої імобілізації у шийному та, при потребі, грудному відділах. Після ретельного гемостазу було сформовано гортанно-трахеальний або міжтрахеальний анастомоз зі збереженням тимчасової трахеостоми. При відсутності ускладнень деканюляція відбувалася у межах 6-8 доби. Усі наведені випадки з практики мали позитивні кінцеві результати, що забезпечили відновлення структури та функції вражених органів.

Таким чином, рання діагностика та своєчасне лікування ушкоджень гортані і трахеї мають вирішальне значення для успіху функціональної реабілітації хворих та уникнення комбінованих стенозів дихальних шляхів. Враховуючи тяжкість загального стану хворих, присутність різноманітних ускладнень та можливість виникнення супутніх патологічних проявів, вибір протоколів хірургічного лікування хронічних стенозів гортані і трахеї повинен бути найбільш раціональним поміж існуючих альтернативних.

© Ю.В. Мінін, Т.І. Кучеренко, 2015

Ю.В. МИНИН, Т.И. КУЧЕРЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА

Одним из наиболее сложных разделов пластической хирургии является восстановление наружного носа и коррекция его формы.

Исход операции во многом определяется адекватностью планируемого объема и характе-

ра вмешательства задачам ринопластики в каждом конкретном случае, а также выбором хирургической тактики и ведением послеоперационного периода, особенно при комбинированной деформации наружного носа.

В нашей практике приоритетным остается использование метода закрытой ринопластики, владение техникой которой позволяет выполнить практически любое ринопластическое вмешательство.

Еще один неоднозначный вопрос – это этапность ринопластики. В большинстве случаев при коррекции наружного носа, даже при необходимости внутриносовой коррекции, мы отдаем предпочтение одноэтапному хирургическому вмешательству, что во многом сокращает сроки лечения и приближает достижение конечной цели. В тоже время это иногда приводит к необходимости ревизионной ринопластики объемом которой, как правило, ограничен и несопоставим с первоначальным вмешательством.

Посттравматические деформации наружного носа часто сочетаются с девиацией перегородки носа. При планировании операции следует разграничить “тотальный” сколиоз наружного носа от его локального смещения в костном или хрящевом отделах. При “тотальном” сколиозе производим одновременную закрытую риносептопластику, этапами которой являются подслизистая резекция искривленных участков перегородки носа, латеральная остеотомия на всем протяжении боковой стенки носа после отсепаровки мягких тканей, редрессация костей наружного носа с последующей фиксацией. При изолированном сколиозе в хрящевом отделе спинки носа, в большинстве случаев, достаточным является септопластика с разъединением латеральных хрящей и хряща перегородки носа.

Еще одним актуальным вопросом является выбор имплантата для коррекции седловидной деформации наружного носа. По происхождению они делятся на биологические и синтетические. Предпочтение отдаем аллогенным имплантатам из хрящевой ткани. К отрицательным моментам их использования можно отнести риск развития воспаления и последующего полного или частичного лизиса. Эта вероятность многократно возрастает при последующих, после операции, травмах наружного носа или повышенном натяжении кожи наружного носа после введения импланта.

При выраженных седловидных западениях (от 1/3 и более высоты спинки носа) применяли индивидуально моделируемые имплантаты

из тефлона, в последние годы отдаем предпочтение силиконовым протезам.

Для коррекции выступающего кончика наружного носа мы используем метод цельной полоски, обеспечивающей симметричное заживление, сохраняющий поддержку кончика носа и предотвращающий ретракцию крыльев носа. При резко выступающих и трапециевидных кончиках носа, толстой коже применяем метод прерванной полости. Для доступа к крыльным хрящам производим краевой, чрезхрящевой или межхрящевой разрезы в зависимости от цели и характера коррекции. Для сужения основания носа одновременно с реконструкцией кончика наружного носа производим иссечение клиновидных полосок кожи с наложением швов.

При устранении конституциональных особенностей наружного носа, чаще приходится иметь дело с горбовидными их формами, удлиненными носами и необходимостью коррекции хрящевого отдела наружного носа. Базовые технологии эстетической ринопластики и в этих случаях являются основными. Вместе с тем их результативность, в конечном итоге, определяется пациентами. В связи с чем для исключения взаимной неудовлетворенности от лечения, с одной стороны целесообразна предоперационная оценка психо-эмоционального состояния пациентов и проведение компьютерной графики с видеопрогнозом. Другой, быть может более важной, является комплексная оценка особенностей лицевого скелета (форма лица, развитие скуловых костей, подбородка, размеры носо-лобного и носо-губного углов, оценка носо-губного соответствия).

Именно недооценка совокупности этих особенностей может привести к отрицательной оценке ринопластики в целом.

Предварительную клиническую эффективность выполненной ринопластики целесообразно проводить не ранее месяца, а окончательный результат оценивать через 3 месяца. Только после этого срока следует оценивать необходимость и целесообразность ревизионной ринопластики.

Изложенные принципы и тактика лечения больных с деформацией наружного носа формировались на протяжении 20 лет и основываются на анализе 328 случаев, что позволяет рекомендовать ее для практического применения.

РЕЦИДИВУЮЧА ФУНКЦІОНАЛЬНА АФОНІЯ У ПАЦІЄНТКИ ІЗ СИСТЕМНИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Голос людини являє собою звукове коливання, субстратом якого є повітря, що із альвеол через бронхи та трахею досягає органа-ефектора голосоутворюючої системи – гортані, трансформуючись в голосові коливання, як такі, і через резонатори – глотку, носову порожнину розповсюджуються у просторі (Т.А. Шидловська, 2007). Відомо, що легені не мають власних м'язів і тому не можуть активно скорочуватися чи розтягуватися. Свій об'єм вони змінюють пасивно, слідом за змінами об'єму грудної порожнини. Дихальні рухи – вдих і видих відбуваються внаслідок ритмічного скорочення та розслаблення дихальних м'язів – міжреберних, діафрагми і м'язів передньої черевної стінки. Функціональною афонією вважається відсутність голосу, обумовлена недостатністю голосових м'язів, переважно центрального походження.

На кафедрі оториноларингології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького чотири рази (з перервою 1-1,5 року) проходила лікування жінка віком 50-ти років з приводу рецидивуючої функціональної афонії. Повна втрата звучного голосу у пацієнтки виникала переважно через декілька годин після появи сильного болю у всіх відділах хребта, який посилювався при рухах тулубом та при глибокому диханні. Двічі дані симптоми появились після тривалої подорожі автомобілем (у сидячому положенні) – 2010, 2015 рр.; один раз через декілька годин після доведеного введення препарату кальцію (2013 рік) та один раз після сну у некомфортному положенні (2014р.). Відомо, що у 2008 році хворій підтверджено діагноз: системний остеопороз.

При поступленні: звучний голос відсутній, але збережена шепітна мова та голосний кашель. Ендоскопія ЛОР органів: Запальних змін слизової оболонки верхніх дихальних шляхів не спостерігається. Голосові складки сірі, краї рівні, при фонації рухомі у повному об'ємі, змикаються на всьому протязі.

При додатковий обстеженнях виявлено КТ ознаки дистрофічно-дегенеративного процесу шийного відділу хребта на рівні С2-С7 (крайові кісткові вирости довкола тіл хребців із узурпацією контурів, зниження висоти міжхребцевих проміжків та субхондральний остеосклероз замикаючих пластинок, що визначається на сагітальних реформатах, вакуум-феномен міжхребцевого диску на рівні сегменту С6-С7), стеноз просвіту хребцевого каналу на рівні сегменту С5-С6-С7 за рахунок наявності дорсальних остеофітів тіл хребців та компресією дуального мішка; Дослідження функції зовнішнього дихання: порушення функції зовнішнього дихання по рестриктивному типу I ст. важкості. ЕЕГ: у басейні внутрішніх сонних артерій пульсове кровонаповнення підвищене зліва, справа в нормі. Регіональний периферичний опір в межах норми. Венозний відтік полегшений зліва, справа в нормі.

Було оцінено, що афонія у пацієнтки виникла як захисний механізм від болю, оскільки глибоке дихання спричиняло посилення болю на всьому протязі хребта. Хворій було рекомендовано лікування основного захворювання, з метою послаблення больового синдрому та фонопедичну реабілітацію голосу. Вона проходила щоденні фонопедичні заняття, протягом 7-8 тижнів. На кінець другого, початку третього тижня, у пацієнтки починав появлятися звучний голос під час фонопедичного заняття, але при розмові він зникав (хвора шепотіла). Зі слів пацієнтки, інколи, мимоволі, жінка могла сказати декілька фраз звичайною мовою, після чого звучний голос знову зникав. Паралельно пацієнтка проходила курс лікування з приводу системного остеопорозу (препарати кальцію, знеболюючі та стероїдні протизапальні препарати). Звучний голос відновлювався через 2-2,5 місяці, одночасно із стиханням больового синдрому.

Вважаю доцільним описати даний випадок із практики, оскільки пояснення патогенезу та тактики лікування подібних пацієнтів не було знайдено у доступній науковій літературі.

ТОНЗИЛЯРНІ ФЛЕГМОНИ ШИЇ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Запальні процеси глотки – паратонзиліти та парафарингіти – є домінуючою причиною розвитку флегмон ший, які відносяться до найважчих ускладнень ЛОР-органів. Щодо хірургічного лікування цієї патології існують різні підходи, які потребують обговорення і напрацювання практичних рекомендацій для підвищення ефективності лікування хворих. Клініка Національного медичного університету імені О.О.Богомольця протягом багатьох років є головним центром м. Києва з ургентної оториноларингології і має свій певний досвід надання допомоги пацієнтам з флегмонами ший тонзиллярного походження.

За 10-ти річний період (2004-2014 рр.) під нашим наглядом знаходилося 76 хворих (чоловіків – 64, жінок – 12) з флегмонами ший різного генеза. Причинами розвитку флегмон ший були наступні захворювання: сторонні тіла стравоходу – 2 випадки, гострий тиреоїдит – 1, флегмонозний ларингіт (епіглотит, гортанна ангіна, хондроперихондрит гортані) – 12, парафарингеальний абсцес – 18, паратонзиллярний абсцес – 19, поєднання паратонзиллярного та парафарингеального абсцесів – 24. Таким чином, головним фактором виникнення флегмон ший є гнійні запальні процеси глотки, які склали за нашими даними 80% (62 особи). За локалізацією та розповсюдженням захворювання у 39 пацієнтів був визначений обмежений процес, який ми характеризували як аденофлегмону. У 37 хворих відмічалось значне розповсюдження гнійного процесу, який охоплював майже всі поверхневі та глибокі відділи ший, що давало можливість розглядати його як розливу флегмону. В 9 пацієнтів при розлитій флегмоні ший було діагностовано медіастеніт, з них в 7 випадках було задіяне верхнє межистіння, а у 2 хворих спостерігався розлитий медіастеніт.

Діагностика захворювання, і особливо вибір методу лікування та часу проведення операції є досить часто складним питанням. Головним діагностичним питанням є визначення локалізації та розповсюдження гнійного процесу в

м'яких тканинах ший. На сьогодні найбільш зручним і швидким методом визначення локалізації гнійного процесу є УЗД тканин ший, а інформативним і точним – КТ цієї ділянки.

Вирішальне значення в лікуванні хворих з флегмонами ший належить ургентному хірургічному втручанню, оскільки тільки своєчасний і якісний розтин гнояка дозволяє зберегти здоров'я і життя пацієнтів. Зволікання з проведенням розтину флегмони ший призводить до швидкого розповсюдження процесу в межистіння і розвитку медіастиніту та сепсису.

Наш досвід роботи засвідчує, що при лікуванні хворих з тонзиллярними флегмонами ший, першочерговим є санація глотки, для елімінації причинного фактору. Тому, надання медичної допомоги таким хворим ми починаємо з термінової абсцестонзилектомії. В подальшому при необхідності через мигдаликову нішу виконується розкриття парафарингеального абсцеса. Слід відзначити, що при наявності паратонзиллярного абсцесу з вираженим шийним лімфаденітом та набряком м'яких тканин ший, ми також виконуємо тонзилектомію в «горячому» періоді, і за даними багаторічних спостережень ми не спостерігали жодних ускладнень.

Після виконання абсцестонзилектомії під загальним чи місцевим знеболенням проводиться розтин тканин ший по передньому краю кивального м'яза (розтин за Розумовським), в 15 випадках із-за неможливості провести інтубацію гортані хірургічне втручання починалось з виконання трахеостомії для проведення наркозу. Дренування порожнин абсцесів ший як правило проводилось проточним методом. Хірургічне лікування супроводжувалось антибактеріальною терапією, з використанням трьох антибіотиків, активною дезінтоксикаційною, дегідратаційною, кортикостероїдною та симптоматичною терапією. Двоє хворих з флегмонами ший та медіастинітом були переведені для подальшого лікування в торакальне відділення, один з них в подальшому помер. Строк перебування хворих в стаціонарі складав $12 \pm 2,4$ дні.

КЛІНІЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ

Гіпертрофія глоткового мигдалика (аденоїдні вегетації) – фізіологічний стан лімфаденоїдної тканини носоглотки, що спостерігається переважно в дитячому віці. Найвищі темпи росту аденоїдної тканини спостерігаються у дітей віком 3-7 років, проте в 12-14 років відбувається вікова інволюція глоткового мигдалика. Проте проблема патології аденоїдних вегетацій набуває в останні роки великого медико-соціального значення, оскільки поширеність її невинно зростає: в 50-60 рр. минулого століття гіпертрофія глоткового мигдалика в дитячому віці зустрічалась у 4-16% пацієнтів, в 70-80 рр. – у 9,9-29,2% пацієнтів, в 90-х рр. – у 32-38% дітей, у 2000-х – вже у 36-70 % пацієнтів. Дослідження проведені за останні роки на території України показують, що в структурі ЛОР-патології дитячого віку на частку аденоїдних вегетацій припадає 46%, а в структурі захворюваності верхніх дихальних шляхів – 81%. Крім того, в останній час дитячими оториноларингологами були переглянуті принципи лікування гіпертрофії глоткового мигдалика у дітей на користь консервативного підходу, враховуючи всі позитивні фактори впливу його на місцевий і загальний імунітет, а також значний вплив його, як механічного чинника у формуванні лицевого скелету. Проте, згідно даних обстеження порожнини носа і носоглотки студентів 4 курсу НМУ імені О.О. Богомольця, що проводилось на кафедрі оториноларингології, у розвитку аденоїдних вегетацій виявлено «постаріння» даної патології.

Матеріал та методи. За допомогою ригідних ендоскопів 0 та 30 градусів виконано віде-

оендоскопічний огляд порожнини носа та носоглотки у 48 осіб, віком 21 до 29 років. Із них 26 дівчат, 22 хлопця.

Серед обстежених у 3 осіб (всі хлопці) виявлено аденоїдні вегетації III ступеня (2 з них гіперстенічної конституції, у 1 – виявлено лямблїоз). Всі ці хворі скаржились на стійке порушення носового дихання. Після призначення цим хворим консервативного лікування, що було неефективним, виконана аденотомія. У 2 осіб були виявлені аденоїдні вегетації II ступеня (всі ці студенти скаржились на часті ГРВІ та рецидивуючий нежить). Їм проведено медикаментозне лікування, що складалось з призначення місцево елімінаційного лікування сольовими розчинами, місцево топічних кортикостероїдів, загально гомотоксичних препаратів та протизапальних препаратів. У 11 студентів під час ендоскопічного огляду порожнини носоглотки були виявлені аденоїдні вегетації I ступеня, які клінічно ніяк не проявлялись. Всі ці студенти ніякого специфічного лікування не отримували і взяті нами під диспансерний нагляд.

Отже, згідно нашого спостереження ми зробили **висновки**: 1) виявлено патоморфоз, а саме – «постаріння», аденоїдних вегетацій; 2) у 16 обстежених (33% осіб) виявлені аденоїдні вегетації (23% осіб з I ступенем аденоїдних вегетацій, 4% – II ступеня і 6% – III ступеня); 3) хірургічне лікування проводилось лише хворим з третім ступенем гіпертрофії глоткового мигдалика, при наявності стійкої назальної обструкції та за умови відсутності ефекту від консервативного лікування.

© О.М. Науменко, Ж.А.Терещенко, О.О. Островська, 2015

А.М. НЕВІРКОВЕЦЬ, М.І. ГЕРАСИМЮК, І.В. ХОРУЖИЙ, Г.Г. ВОЛОШИН, Л.В. ЯШАН,
І.В. ВОЙНАРОВСЬКИЙ (РІВНЕ, ТЕРНОПІЛЬ, БУЧАЧ, УКРАЇНА)

СПРЕЙ ПОЛІДЕКСА З ФЕНІЛЕФРИНОМ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНІТУ У ДОРОСЛИХ

Гострий катаральний риніт – це неспецифічне запалення слизової оболонки носової порожнини. Дане захворювання належить до найбільш частих як у дорослих, так і у дітей. Для лікування гострого катарального риніту використовуються різні середники загального і місцевого впливу на хворобу, залежно від стадії за-

хворювання. Ми вивчали ефективність застосування спрею Полідекса з фенілефрином в якості місцевої терапії гострого катарального риніту (в другій стадії) у дорослих.

Під нашим спостереженням за 2012-2013 рр. знаходилося 40 хворих на гострий катаральний риніт у другій стадії віком від 20 до 40 ро-

ків. Хворі скаржились на серозно-слизові виділення з носа, утруднене носове дихання, чхання, шум у вухах. При передній риноскопії відзначалась значна гіперемія і припухлість слизової оболонки порожнини носа. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (20) і контрольну (20). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Хворі основної групи отримували спрей Полідекса з фенілефрином і загальноприйняте лікування; контрольної – закрапування в ніс галазоліну і загальноприйняте лікування. Спрей Полідекса з фенілефрином в порожнину носа призначався по 1 вприскуванню 4 рази на добу протягом 6 днів.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на виділення з носа, вплив на носове дихання, вплив на чхання, вплив на шум у вухах), риноскопична картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів риніту у пацієнтів основної групи. Так, 16 з 20 хворих цієї групи вказували на зникнення, 4 – на зменшення виділень з носа, 15 – на відновлення, 5 – на покращення носового дихання, 18 – на зникнення чхання, 19 – на

зникнення шуму у вухах (на 3-4-ту добу лікування). Повне зниження симптомів риніту спостерігалось на 6-ту добу від початку лікування. У хворих контрольної групи ці показники були значно нижчими. Покращення у них відмічалось з 5-6-ї доби від початку лікування, а зниження всіх симптомів риніту – на 7-8-му добу. Риноскопична картина нормалізувалась на 6-ту добу лікування у всіх хворих основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції. В контрольній групі риноскопична картина нормалізувалась на 7-8-му добу лікування. Стерпніть спрею Полідекса з фенілефрином у всіх хворих була доброю, за виключенням 2 пацієнтів, у яких спостерігалось відчуття сухості у носі.

Таким чином, одержані результати дають підставу зробити висновок, що спрей Полідекса з фенілефрином є ефективним препаратом в лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. На підставі одержаних даних застосування спрею Полідекса з фенілефрином у лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) можна рекомендувати для впровадження в клінічну практику при терапії даної патології порожнини носа у дорослих.

© А.М. Невірковець, М.І. Герасимюк, І.В. Хоружий, Г.Г. Волошин, Л.В. Яшан, І.В. Войнаровський, 2015

В.В. НІКОЛОВ., Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЧИСТОНОС» В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО РИНІТУ У ДОРΟΣЛИХ

Препарат «ЧИСТОНОС» представляє собою ізотонічний гель, що містить натуральну морську сіль, розчин вітаміну А (β – каротин), екстракт алое, екстракт календули, допоміжні речовини (С.Б. Безшапочный и соавт., 2010). В 2011-2013 рр. ми застосували спрей «ЧИСТОНОС» в місцевому лікуванні 10 хворих на хронічний атрофічний риніт віком від 35 до 45 років. Спрей «ЧИСТОНОС» вприскували по 1-2 дози в кожную половину носової порожнини 6-8 разів на день. Лікування проводилось протягом 1 міс. У 8 із 10 хворих припинились носові крово-

течі, у 7 – більше не утворювались кірки, у 5 – не відмічалось утруднення носового дихання. Тільки 4 пацієнти відмічали деяку сухість в носі, але значно менше виражену, ніж до лікування.

Таким чином, до кінця 1 міс застосування препарату «ЧИСТОНОС» 8 із 10 хворих на хронічний атрофічний риніт, відмічали «відмінний» його терапевтичний ефект, а решта 2 пацієнти оцінили ефект лікування, як «добрий». Отримані результати дозволяють рекомендувати спрей «ЧИСТОНОС» в якості лікувального засобу у дорослих на хронічний атрофічний риніт.

© В.В. Ніколов., Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, 2015

*В.В. НІКОЛОВ, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, Б.І. ШЕВАГА, А.В. ЯНЮК
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, БЕРЕЖАНИ; УКРАЇНА)*

ПРЕПАРАТ «ЧИСТОНОС» В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО СУБАТРОФІЧНОГО РИНІТУ У ДОРΟΣЛИХ

В умовах сучасного міста слизова оболонка носа піддається дійству комплексу несприятливих факторів зовнішнього середовища. В таких умовах зростає кількість людей, що страждають на хронічний субатрофічний риніт. Це відбувається під впливом таких негативних дійств, як кондиціонування і опалювання приміщення, паління, робота в гарячій і запиленій атмосфері. При вираженому хронічному субатрофічному риніті ексудат щільно прикріплюється до слизової оболонки порожнини носа, утворюючи кірочки. При цьому епітелій втрачає війки, відбувається погіршення його функції, а кількість бакалоподібних клітин зменшується в багато разів. В результаті пригнічується мукоціліарний кліренс, слизова оболонка стає сухою, знижується її функціональна здатність. Тому діяння на субатрофічну слизову оболонку порожнини носа повинне стимулювати процеси її регенерації, відновлення мукоціліарного апарату і ефективне діяння на клінічну симптоматику захворювання.

Особам, які страждають на хронічний субатрофічний риніт і відмічають сухість слизової

оболонки порожнини носа, наявність в носі кірочок, з метою відновлення функції слизової оболонки порожнини носа, рекомендується препарат «ЧИСТОНОС». В 2011- 2013 рр. ми застосували спрей «ЧИСТОНОС» в місцевому лікуванні 12 хворих на хронічний субатрофічний риніт віком від 28 до 46 років. Спрей «ЧИСТОНОС» впорскували по 1-2 дози в кожную половину порожнини носа 6-8 разів на день. Лікування проводилось протягом 1 міс. У 11 із 12 хворих зникла сухість в носі, у 10 – більше не утворювались кірочки, у 9 – не відмічалось утруднення носового дихання. Тільки 1 пацієнт відмічав деяку сухість у носі, але значно менш виражену, ніж до лікування.

Таким чином, під кінець 1 міс застосування препарату «ЧИСТОНОС» 11 із 12 хворих на хронічний субатрофічний риніт відмітили «відмінний» його терапевтичний ефект, решта 1 пацієнт оцінив ефект лікування як «добрий». Отримані результати дозволяють рекомендувати спрей «ЧИСТОНОС» як місцевий лікувальний засіб у хворих на хронічний субатрофічний риніт.

© В.В. Ніколов, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, Б.І. Шевага, А.В. Янук, 2015

*В.В. НІКОЛОВ, О.В. СТАХІВ, О.М. ЧАЙКОВСЬКА, К.О. ПЛЯШКО, Б.І. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ФУРАСОЛУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОЇ АНГІНИ У ДОРΟΣЛИХ

Ми вивчали ефективність застосування антибактерійного препарату фурасол (фурагін розчинний) для місцевого лікування катаральної ангіни у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2011 по 2014рр. знаходилось 26 хворих на катаральну ангіну віком від 19 до 45 років. Хворі були розподілені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 16 хворих, в контрольну – 10. Пацієнти основної групи отримували протизапальну терапію і полоскання горла розчином фурасолу, хворі контрольної групи – протизапальну терапію і полоскання горла розчином бікарбонату натрію. Роз-

чин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином хворі полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на головний біль, вплив на біль в горлі при ковтанні), фарингоскопічна картина (колір, консистенція слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, величина мигдаликів), показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відмічено інтенсивніший регрес симптомів ангіни у хворих основної групи. Так, всі пацієнти цієї гру-

пи вказували на зникнення головного болю, 14 із 16 – на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі при ковтанні (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 15 хворих основної групи. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння і піднебінних дужок у них була рожевого кольору, м'якої консистенції, мигдалики мали звичайну величину. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6 –й день лікування у 7 із 10 хворих. Температура тіла нор-

малізувалась на 5-6-й день лікування у всіх пацієнтів основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 5-6-й день лікування мала місце у 8 хворих. Стерпність фурасолу у всіх пацієнтів була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного хворого.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевого лікування катаральної ангіни у дорослих виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол для місцевого лікування катаральної ангіни у дорослих в якості антибактерійного засобу.

© В.В. Ніколов, О.В. Стахів, О.М. Чайковська, К.О. Пляшко, Б.І. Шевага, 2015

М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН, Е.Ю. ВАСИЛЬЧИШИНА (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

НАШ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Проблема носовых кровотечений (НК) остается актуальной в современной отоларингологии. Это связано как с широким распространением данной патологии, так и с разнообразием этиологии и патогенеза. НК по частоте возникновения занимают первое место среди спонтанных кровотечений из верхних дыхательных путей. По данным литературы (Пальчун В.Т. и соавт., 1998) доля НК в общей структуре стационарных больных колеблется от 3% до 14% и составляет 20,5% всех urgentных ЛОР-больных. Вместе с тем НК являются лишь симптомом различных заболеваний, поэтому при лечении этой группы больных необходимо проводить как локальное, так и системное воздействие на гемостаз. Особую трудность в лечении представляют больные с упорно рецидивирующими НК. Несмотря на достаточно большой накопленный практический опыт и множество публикаций – проблема НК требует постоянного изучения с учетом современных тенденций в ринологии. Наиболее частой причиной возникновения НК является гипертоническая болезнь. Второе место занимают НК травматического генеза. К другим распространенным причинам относят: коагулопатии, дистрофические процессы в слизистой оболочке полости носа, аномалии сосудистой стенки, опухоли, заболевания почек, печени, крови, инфекции.

До настоящего времени наиболее распространенным методом остановки НК остается тампонада носовой полости (передняя, задняя), в комплексе с проводимой общей гемостатиче-

ской терапией. Чаще всего используют марлевые тампоны, однако при их применении происходит травмирование слизистой оболочки, что может стать причиной рецидива НК. При использовании пневматических тампонов развивается распространенная ишемия и выраженные реактивные изменения слизистой. К локальным способам гемостаза относятся методы основанные на физическом воздействии на кровоточащий участок: лазерная фотокоагуляция, электро-каустика, диатермокоагуляция, ультразвуковое и криогенное воздействие. Для их использования требуется хорошая визуализация кровоточивого участка и предварительное уменьшение НК. Поэтому они применимы при кровотечениях из передних отделов и не эффективны при распространенных, диффузных кровотечениях. В случае рецидивирующих и тяжелых НК используют хирургические методы остановки: отслойку надхрящницы перегородки на месте кровотечения, перевязку сосудов на протяжении, перевязку наружной сонной артерии, селективную внутрисосудистую эмболизацию. Однако при их проведении остается высокий процент осложнений.

За последние три года в ЛОР клинике ЗГМУ доля больных с НК из общего количества urgentных больных составил в среднем 2,5 % и 7,5 % госпитализированных в ЛОР-стационар. Наряду с применением традиционных методов остановки НК (тампонада марлевыми тампонами), широко используются тампоны Merocel hemoX изготовленные из спрессованной микро-

пористой Мегосел губки с оксидцеллюлозой- гемостатическим компонентом. Для определения источника кровотечения, особенно из задних отделов полости носа, используется эндоскоп. Под его контролем производится электрокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью прибора «Фотек». Данные методики являются малоинвазивными, позволяют избежать травмирующего воздействия традиционных тампонад полости носа, что обеспечивает более короткий

восстановительный период (сокращение среднего койко-дня), лучшую переносимость процедуры и уменьшение рецидивов НК.

Тампонада с помощью Мегосел проста и удобна, как для врача, так и для пациента (безболезненна, атравматична и надежна, легко удаляется), исключена возможность аспирации тампонов и их «проваливания» в носоглотку, развития вторичных бактериальных осложнений.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, Е.Ю. Васильчишина, 2015

*В.В. НИКОЛОВ, У.Р. ДУЖИК, О.М. ШКОЛЬНА, М.А.ТВЕРДОХЛІБ, Б.І. ШЕВАГА, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ, БОРЩІВ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

НАЗАЛЬНИЙ СПРЕЙ КСИМЕЛІН ЕКСТРА В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНІТУ У ДОРОСЛИХ

Ми вивчали ефективність застосування назального спрею Ксимелін Екстра в якості місцевої терапії гострого катарального риніту (в другій стадії) у дорослих. Під нашим спостереженням за період з 2013 по 2014 рр. знаходилося 30 хворих на гострий катаральний риніт в другій стадії віком від 20 до 39 років.

Хворі були поділені на 2 групи: основну (15 пацієнтів) і контрольну (15). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Пацієнти основної групи отримували спрей Ксимелін Екстра і загальноприйняте лікування, контрольної – тільки загальноприйняте лікування. Групи були підставлені за віком і перебігом захворювання. Спрей Ксимелін Екстра застосовували згідно інструкції: по 1 уприскуванню в кожний носовий хід 2 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на виділення з носа, вплив на сльозотечу, вплив на носове дихання, вплив на чхання, вплив на шум у вухах, вплив на поколювання у вухах), риноскопична картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки носової порожнини). Аналіз результатів лікування показав більш інтенсивний регрес симптомів риніту у пацієнтів основної групи. Так, 12

із 15 хворих основної групи вказували на зникнення, 3 – на зменшення виділень з носа, 11 – на зникнення, 4 – на зменшення сльозотечі, 12 – на відновлення, 3 – на покращення носового дихання, 14 – на зникнення чхання, 14 – на зникнення шуму у вухах, 14 – на зникнення поколювання у вухах (на 3-4-й день лікування). У хворих контрольної групи ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 13 хворих основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції. В контрольній групі риноскопична картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 7 з 15 хворих. Стерпніть спрею Ксимелін Екстра у всіх хворих була доброю, побічних ефектів не було відмічено у жодного пацієнта.

Таким чином, одержані нами результати показують, що спрей Ксимелін Екстра є ефективним препаратом у місцевому лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. На підставі одержаних нами даних застосування спрею Ксимелін Екстра у місцевому лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих можна рекомендувати для впровадження в клінічну практику.

© В.В. Ніколов, У.Р. Дужик, О.М. Школьна, М.А.Твердохліб, Б.І. Шевага, І.В. Шевага, 2015

М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ, А.Н. ДРУМОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ХРОНИЧЕСКИЕ ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫЕ ГАЙМОРИТЫ: ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИСКИНЕЗИИ МУКОЦИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Хронические постимплантационные гаймориты (ХПГ) связаны с местными воспалительно-дистрофическими и иммунодепрессивными расстройствами тканей альвеолярного отростка и лишь ошибочно считаются одонтогенными. Эта проблема является актуальной среди социально-адаптированных слоев населения и носит, по нашему мнению, полиэтиологический характер. Безусловно, в процессе развития ХПГ имеет значение исходное общесоматическое состояние пациента, его индивидуальная реакция на пребывание одного или нескольких имплантов в альвеолярном отростке в сочетании с хроническими полиэтиологическими носовыми обструкциями. В основе ХПГ лежат в большей либо меньшей степени выраженности различные по степени компенсации дистрофические процессы. К сожалению, отоларингологами амбулаторного звена, в связи с их невероятно высокой загруженностью, недостаточной настороженностью и осведомленностью, этот вид патологии воспринимается как острый воспалительный процесс с последующим выбором традиционной противовоспалительной терапии, усугубляющей состояние больного.

Целью данного исследования была разработка адекватных способов профилактики и лечения. В качестве материала исследования было проанализировано 78 наблюдений хронических передних риносинусопатий различной этиологии, из которых постимплантационные поражения наблюдались у 40 пациентов, хронические одонтогенные риносинуситы у 20, вазомоторные риносинусопатии у 18. Контрольную группу составили 37 пациентов с ХПГ без субъективных клинических проявлений, но находящихся в стадии компенсации. Наряду с проведением классического ринологического обследования пациентов проводилось патологоанатомическое и гистологическое исследования биоптата слизистой оболочки полости носа и преддверия рта, исследование состояния местного иммунологического гомеостаза, а так же функция мукоцилиарного транспорта в исходном состоянии и при применении различных методов лечения. Особый интерес представляют данные, свидетельствующие о различных видах изменений мукоцилиарного клиренса и влияние этих дискинетических расстройств на течение ХПГ, что позволяет разработать альтернативные способы профилактики и лечения этой патологии.

© М.Б. Пионтковская, А.Н. Друмова, 2015

М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ, А.А. СУВОРКИНА, Ю.В. ЮРЧЕНЯ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ФАРИНГОНЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Фарингоневротический синдром (ФНС) в практической оториноларингологии относится к трудноизлечимым формам глоточной патологии, нелюбимой оперирующими ларингологами, встречается ФНС наиболее часто у женщин преимущественно в возрасте от 45-60 лет, т.е. в период инволюционной физиологической и патологической эстрогенопении, обусловленной различными причинами. Дифференциальная диагностика этой патологии трудна, а вследствие этого лечение сводится к стандартному шаблону с совместным участием неврологов.

Постгестационный период в жизни женщины (пременопауза, менопауза, постменопауза) является эстрогенозависимым, и тяжесть ФНС, возникающего в этот период, четко зави-

сит от уровня инволюционной физиологической или патологической эстрогенопении.

Цель исследования: улучшить дифференциальную диагностику ФНС и разработать эффективные и адекватные этиопатогенетические способы лечения.

Материалы и методы: обследовано 36 женщин в возрасте от 44-62 лет с ФНС, обусловленных инволюционной физиологической и патологической эстрогенопенией. В комплекс обследований входило общеклиническое и оториноларингологическое обследование с участием невропатологов, гастроэнтерологов и гинекологов (ЭКГ, рН метрия желудочного сока, микробиологическое исследование, УЗИ шеи, КРТ, гормональное «зеркало»).

Результаты и их обсуждение.

В результате проведенного исследования 36 женщин была выявлена различная фаринго-невротическая симптоматика, которую мы разделили на три группы:

I гр. (12 пациентов) рефлюксные фаринго-неврозы:

- Симпатические (5 пациентов) – гиперфункция ЖКТ;

- Парасимпатические (7 пациентов) – ахлоргидрия, гипофункция ЖКТ;

II гр (14 пациентов) – шейный радикулит, остеохондроз, гиперплазия щитовидной железы.

III гр (10 пациентов) – инволюционная патологическая эстрогенопения.

На основе разделения ФНС по этиопатогенетическим аспектам разработаны способы адекватного лечения по группам.

Всем больным проводилась традиционная коррекция ЛОР-архитектоники, санация очагов инфекции, а в зависимости этиологии ФНС этиопатогенетическая терапия по группам:

1 гр. – saniрующая лор - терапия совместно с гастроэнтерологом (коррекция железодефицита, в том числе сывороточного, высокой или низкой кислотности желудочного сока).

2 гр. – saniрующая лор- терапия совместно с невропатологом (коррекция кальция, магния, витаминов группы D и т.д, физиотерапия, симпаталгии – седативная терапия, парасимпаталгии – стимулирующая терапия).

3 гр. – saniрующая ЛОР-терапия совместно с гинекологами-эндокринологами – коррекция патологической гипозастрогении, гипо- и гипертиреозов (эрготамин, эстрогены в виде таблеток, наклеек, мазей и кремов).

Выводы

В лечении постгестационного эстрогенозависимого ФНС необходимо использовать комплексный подход с привлечением к работе отоларингологов, невропатологов, гастроэнтерологов, эндокринологов и гинекологов, что улучшило непосредственные и отдаленные результаты лечения этой патологии на 48%.

© М.Б. Пионтковская, А.А. Суворкина, Ю.В. Юрченя, 2015

*Т.А. ПИТАК, В.В. НИКОЛОВ, А.В. ХАБАРОВ, Т.В. ПРОЦЬ, І.В. ШЕВАГА, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ
(ТЕРНОПІЛЬ, ДУБЛЯНИ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

СПРЕЙ ПОЛІДЕКСА З ФЕНІЛЕФРИНОМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ

Ми застосовували спрей Полідекса з фенілефрином в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 20 дітей на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком від 12 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився спрей Полідекса з фенілефрином, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Спрей Полідекса з фенілефрином призначався згідно інструкції: по 1 вприскуванню 3 рази на добу у кожний носовий хід протягом 8 днів. В комплекс лікування включали пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотику, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми

(вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у дітей основної групи. Так, 90 % дітей, що приймали спрей Полідекса з фенілефрином, вказували на зникнення, 10 % - на зменшення секреції з носа, 80 % - на відновлення носового дихання, 20 % - на його покращення, 90 % - на зникнення, 10 % - на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 80 % дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація

риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 70 % дітей. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % дітей основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився у 70% дітей. Спрей Полідекса з фенілефрином всіма дітьми переносився добре, алергійних реакцій та інших побічних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування спрею Полідекса з фенілефрином в комплексному лікуванні

дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії дітей з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати спрей Полідекса з фенілефрином для лікування дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, як антибактерійний, протизапальний і судинозужувальний засіб. Спрей Полідекса з фенілефрином може поповнити арсенал середників місцевої дії, що використовуються в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей.

© Т.А. Питак, В.В. Ніколов, А.В. Хабаров, Т.В. Проць, І.В. Шевага, Р.Т. Чортківський, 2015

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ, В.В. СУЧЕВАН
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

ПАРАФАРИНГЕАЛЬНА ФЛЕГМОНА (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, УСКЛАДНЕННЯ, ЛІКУВАННЯ)

Топографо-анатомічні особливості погіршують своєчасну діагностику, ускладнюють лікування, а близькість гнійника і магістральних судин ший роблять її небезпечним захворюванням. Під парафарингеальним простором розуміють сполучнотканний проміжок, обмежений зсередини стінкою глотки, спереду висхідною гілкою нижньої щелепи і внутрішнім крилоподібним м'язом, позаду передхребетною фасцією, а ззовні глибоким листком f. parotidea. Він заповнений пухкою клітковиною і завдяки m. stylopharyngeus поділяється на два відділи: передній і задній. В передньому знаходиться невелика кількість жирової клітковини і plexus venosus pterygoideus internus. В задньому відділі – вн. сонна артерія, IX, X, XI, XII черепномозкові нерви, внутрішня яремна вена і лімфатичні вузли, що збирають лімфу з м'якого піднебіння, мигдаликів, носоглотки. Задній відділ сполучається з f. retromandibularis. Донизу парафарингеальний простір через серединну щілину ший переходить в межистіння.

По етіології поділяють: 1. Тонзилогенна; 2. Одонтогенна; 3. Отогенна; 4. З боку білявушної слюної залози.

Симптоматологія: Симптоми парафарингеальної флегмони часто нечітко виражені при передіснуючому паратонзиллярному абсцесі. При наявності останнього про виникнення парафарингеальної флегмони вказує значне погіршення загального стану, різкий підйом температури тіла до 40°C, озноби, погіршення гемо-

рами. Один з основних симптомів – тризм, при розкритті роти через силу часто настає потрясаючий озноб і підйом температури до 40-41°C. Деколи настає короточасне послаблення тризму, що триває недовго (2-3 дні), а потім тризм відновлюється. Раптове і короточасне зменшення довготривалого тризму є небезпечною ознакою, що вказує на швидке проникнення гною з паратонзиллярного абсцесу в парафарингеальний простір. Підозра на парафарингеальну флегмону виникає при паратонзиллярному абсцесі тривалістю 8-10 днів, якщо стан хворого погіршується на фоні неодноразових розтинів останнього та проведенні інтенсивної антибактеріальної терапії. Важливим симптомом є поява болісної припухлості та пастозності тканин в ділянці кута нижньої щелепи, різкий біль по ходу внутрішньої яремної вени і болісність збільшеного лімфатичного вузла, що знаходиться в місці впадіння загальної лицевої вени у внутрішню яремну вену. Фарингоскопічно визначається випинання мигдалика і м'якого піднебіння на хворій стороні, а також випинання бокової стінки глотки і гіпофарингсі. В подальшому на цьому місці з'являється інфільтрація бокової стінки глотки, особливо задніх дужок. Важливою ознакою парафарингеальної флегмони є випинання бокової стінки глотки після тонзилектомії.

Таким чином, для тонзилогенних парафарингеальних флегмон характерний довготривалий тризм, наростаюче погіршення загального

стану, гіпертермія, озноби, відповідні зміни з боку глотки та м'яких тканин ший.

Ускладнення парафарингеальної флегмони: 1. Тромбофлебіт шийних вен; 2. Флегмона ший; 3. Медіастеніт; 4. Периорбітальна флегмона; 5. Синустромбоз кавернозного синуса; 6. Менінгіт; 7. Енцефаліт; 8. Остеомієліт кісток основи черепа; 9. Сепсис; 10. Аррозивна кровотеча.

Лікування: термінова госпіталізація, розтин флегмони з боку ший. Розріз по передньому краю кивального м'язу, середина розрізу в діля-

нці кута нижньої щелепи, розшаровується поверхнева шийна фасція, *m. stylohyoideus* і *m. digastricus* відтягуються до низу. Зажимами проходять вище відтягнутих м'язів у верх і допереду. Глибше знаходиться *m. stylopharyngeus*, а попереду і внизу язикова артерія. Розшарувавши м'язи отримують гній, обстежують пальцем навкологлотковий простір, промивають порожнину розчинами антибіотиків, дренаж. Створивши достатній відтік операцію закінчують, призначається раціональна антибіотикотерапія, перев'язки.

© О.Г.Плаксивий, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, І.В.Незборецький, В.В.Сучеван, 2015

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ,
Т.Л. КУЛЬЧИЦЬКА, Є.С. МЕЛЬНИК (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАРЕТИЧНОЮ ДИСФОНІЄЮ

Функціональні порушення голосу (ФПГ) включають кілька нозологічних одиниць: паретична дисфонія, фонастенія, функціональна афонія, а також спастична дисфонія. Перші три форми характеризуються гіпотонусним станом м'язів гортані і мають багато спільних ознак клінічного перебігу, етіологічних і патогенетичних чинників, а також подібну тактику лікування. Дисфонія – це порушення частоти, сили і тембру голосу.

Функціональні порушення голосу діагностуються на основі аналізу скарг хворих, даних анамнезу, загально клінічне обстеження, перцептивної оцінки голосу, визначення часу максимальної фонації та ін., непрямой ларингоскопії, ларингостробоскопії, мікроларингостробоскопії, спектрального аналізу голосу.

Характерною рисою всіх гіпофункціональних порушень голосу є непостійність ларингоскопічної картини та нерізно виражені клінічні ознаки захворювання з боку голосоутворюючого апарату. Тому діагноз конкретної форми ФПГ ставиться лише на основі аналізу всіх даних комплексного обстеження обізнаним в даній галузі фахівцем. Однак попередній діагноз функціонального порушення голосоутворення можна поставити на основі загальноклінічного дослідження, розширеної непрямой ларингоскопії та перцептивної оцінки голосу.

Ларингостробоскопічна картина при гіпофункціональній ларингоскопії – час фонації скорочено, при вимові високих або гучних зву-

ків голосова щілина не повністю закривається; слабкі фонаторні коливання голосових складок.

Причини паретичної дисфонії: голосове навантаження під час ГРВІ, стресова ситуація, гормональна дисфункція, авітаміноз, хронічні захворювання носа і БНП, хронічні захворювання глотки, перенапруження голосових м'язів.

Оскільки функціональні порушення голосу часто розвиваються на фоні невротичних розладів, а невrogenний фактор є одним з провідних етіологічних і патогенетичних чинників, оцінка функціонального стану нервової системи у таких хворих є обов'язковою. У разі необхідності до процесу лікування залучаються невропатологи, психіатри.

Виділяються гострі і хронічні форми функціональних порушень голосоутворення. Гострі форми виникають раптово і тривалість захворювання обмежується 1 місяцем. При тривалості захворювання понад 1 місяць воно переходить у хронічну форму.

При тривалому перебігу захворювання формуються стійкі порушення голосової функції з частими рецидивами, можуть розвинути ускладнення - міопатичні парези голосових складок, витончення медіального краю, формування вузликів, розвиток компенсаторної гіпертрофії вестибулярних складок та формування псевдоскладкового механізму голосоутворення, крововилив, "співочі" вузлики.

Діагностичний план при паретичній дисфонії: 1. Загальноклінічне дослідження.

2.Непряма ларингоскопія з функціональними навантаженнями. 3.Визначення часу максимальної фонації. 4.Перцептивна оцінка голосу. 5.Консультація фоніатра, який може самостійно провести, а при необхідності зробити слідуючі призначення: а) Мікроларингоскопія. б) Ларингостробоскопія, мікроларингостробоскопія. в) Спектральне дослідження голосу. г) Фібrolарингоскопія. д) Дослідження функціонального стану ЦНС (ЕЕГ) е) Консультація психоневролога, психіатра, невропатолога. є) Консультація ендокринолога (в разі необхідності в процесі лікування). ж) Дослідження стану ССС, насамперед церебральної гемодинаміки (РЕГ, УЗДГ). з) Консультація терапевта. и) Дослідження стану слухової функції. і) МРТ дослідження у випадку підозри на органічні ураження головного мозку.

При функціональних порушеннях голосу медична допомога, зазвичай, надається амбулаторно. Більш ефективною вона є при умові надання допомоги кваліфікованим фоніатром, або лікарем-отоларингологом, обізнаним у даній галузі. Особам голосомовних професій видається листок непрацездатності на час лікування для забезпечення дотримання голосового режиму. При наявності ускладнень і тяжкого перебігу, або ж у випадку гострого розвитку виражених порушень медична допомога надається в умовах стаціонару. Середня тривалість лікування ста-

новить 2 тижні, при хронічних формах і наявності ускладнень в середньому 1 міс. При суттєвому порушенні фонаторної функції хворі потребують її реабілітації після основного курсу лікування.

Основні принципи лікування хворих з паретичною дисфонією. Усунення причини захворювання; виключення слухового контролю; змащування гортані розчином Люголя, інстиляції в гортань вітамінних олійних сумішей, суспензії гідрокортизону на фізіологічному розчині та ін.; фіксація гортані; вібраційний масаж (5-10 сеансів) та стимуляція гортані (токи Бернараритм синкопа, мільгама в/м з поступовим переходом на таблетовану форму, препарати женьшеня, лимонника, елеутерокока, пантокрину та ін.); голкорексфлексотерапія та гіпнотерапія. Доцільним в лікуванні є масаж шийного відділу хребта та ЛФК.

Результатом надання медичної допомоги може бути повне відновлення голосової функції, її покращення, або ж досягнення ремісії – в залежності від форми, тяжкості перебігу захворювань та наявності ускладнень. Нерідко лікування хронічних форм перетичної дисфонії потребує проведення кількох курсів лікування. Окрім того хворі на хронічні часто рецидивуючі форми паретичної дисфонії, а також особи голосомовних професій потребують спостереження у фоніатричному кабінеті двічі на рік.

© О.Г.Плаксивий, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, І.В.Незборецький, Т.Л.Кульчицька, Є.С.Мельник, 2015

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, С.А. ЛЕВИЦЬКА, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, К.І. ЯКОВЕЦЬ,
Ю.Л. КАЗАНСЬКИЙ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

ЦИРКАДІАННИЙ РИТМ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А – ОДИН З ОСНОВНИХ КРИТЕРІЇВ В РОЗРОБЦІ ХРОНОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СИНУЇТ

В останні роки в медикобіологічній праці сформувався нове спрямування – хрономедицина. В складі хрономедицини визначилися такі напрямки, як хронотерапія і хронофармакологія. Хронофармакологія необхідна для вибору і проведення терапії з урахуванням біоритмів організму. Мета хронотерапевтичних засобів – застосовувати лікарські середники враховуючи години доби, в які спостерігається найбільший ефект від дії. В основі вибору часу доби для введення ліків лежить закономірність про підвищення їх ефективності та зменшення негативного впливу в період акрофази. На цій

підставі формується принцип адекватного і оптимального введення лікарських засобів в акрофазу ритму, тобто в такий момент, коли концентрація мікробів в 1 мл ексудату в зоні запалення мінімальна, а фактори місцевого імунного захисту максимальні.

Під наглядом і лікуванням знаходилось 58 хворих на гострі гнійні синуїти та 42 хворих з хронічним гнійним синуїтом у віці від 18 до 60 років. Гнійний гайморит діагностовано у 60 хворих, гнійний фронтит у 14 хворих, гнійний полісинуїт у 26 хворих. Чоловіків було 68, жінок – 32. Хворим проводилась пункція відпові-

дної пазухи, в пазуху вводився катетер і в послідовному проводилось промивання пазухи через катетер через кожну годину, а промивна рідина бралась на дослідження. В промивній рідині визначали SigA. Для цього промивну рідину в об'ємі 5,0 мл збирали в стерильні полістеролові пробірки одноразового використання, закорковували і терміново заморожували у рефрижераторі при температурі -22 °С. Проведено серію дослідів по вивченню хроноритмологічної залежності змін вказаного параметру.

Визначення секреторного імуноглобуліну А проводили методом радіальної імунодифузії в гелі за Манчіні.

Хроноритм вивчали методом аналізу часових рядів – так званий косінор-аналіз. Всі матеріали статистично оброблені на РС IBM 386 за програмою "Statgraphics" (США). На основі

отриманих даних можна засвідчити, що вміст секреторного імуноглобуліну А в промивній рідині біляносових пазух має чітку білядобову періодику. Відмічено два піки максимальної концентрації імуноглобуліну А о 6.00 і 15.00 год, мінімальні рівні SIgA припадали на 10.00 та 21.00 год. Періоди з 6.00 до 10.00 год і з 15.00 до 21.00 год характеризувалися зменшенням вмісту IgA в промивній рідині. А з 10.00 до 15.00 відзначалося прогресуюче його збільшення. Отриманні закономірності хроноритму секреторного IgA поряд з іншими мікробіологічними критеріями були використані у виборі часу доби для введення ліків при лікувальній пункції гайморової та лобної пазухи, тобто в хронотерапії гострих і хронічних гнійних синуситів з метою покращення ефективності лікування хворих з даною патологією.

© О.Г.Плаксивий, С.А.Левицька, І.В.Калуцький, О.О.Мазур, К.І.Яковець, Ю.Л.Казанський, 2015

*В.І. ПОПОВИЧ, О.М. ГЕРИЧ, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Т.Ю.ВАСИЛЕНКО
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, КИЇВ; УКРАЇНА)*

ЗМІНИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПОЛІПОЗНИМ РИНОСИНУСИТОМ НА ФОНІ ГРИБКОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ

Метою роботи було оцінити особливості клінічного перебігу захворювання та динаміки імунологічних показників у процесі проведення специфічної імунотерапії у пацієнтів із хронічним поліпозним риносинуситом (ХПРС) на фоні грибової сенсibilізації.

Було обстежено 90 пацієнтів у віці від 20 до 55 років із діагнозом хронічного поліпозного риносинуситу на фоні грибової сенсibilізації. Факт сенсibilізації до грибків підтверджено шкірними алергологічними пробами (прік-тесті з грибковими алергенами), та визначенням специфічних IgE до грибкових алергенів. У залежності від отримуваного лікування, пацієнтів було розділено на дві групи, 1-а група (36 осіб) проводилась АСІТ грибковими алергенами фірми «Сева-фарма» (Чехія), 2-а група (54 особи) отримували стандартне лікування ХПРС (фармакотерапія). Оцінка клінічного стану пацієнтів 1-ої групи після проведеного лікування показала, що у хворих спостерігалася позитивна динаміка, тобто у 17 осіб (47,2%) відмічалися незначні прояви захворювання (2 бали за шкалою), у 14 осіб – клінічний стан був оцінений в 1 бал (відсутність скарг і об'єктивних симптомів при

дослідженні), і тільки в 5 пацієнтів оцінка клінічного стану за 4-бальною шкалою була 3 бали (13,8%). У 2-й групі пацієнтів, які отримували традиційне лікування, оцінка клінічного стану за 4-бальною шкалою показала, що у 27 осіб (50%) оцінка була 3 бали, що було достовірно більшим за таку кількість осіб у 1-й підгрупі ($p < 0,05$) і свідчило про виражені прояви захворювання, які залишалися після проведеного лікування, у 12 пацієнтів (22%), оцінка складала 2 бали, що також було вірогідно меншим за такий показник у другій групі ($p < 0,05$), (незначні прояви захворювання), у 8 пацієнтів (14,8%), лікування було ефективним – оцінка за шкалою дорівнювала 1 бал, проте, у 7 (12,9%) осіб позитивної динаміки клінічного стану ми не спостерігали, що говорило про неефективність проведеного лікування.

Найбільш значущими відхиленнями в оцінці імунологічного статусу як при проведенні СІТ, так і при фармакотерапії ХПРС було зниження рівня загального IgE та специфічних IgE-антитіл до грибкових алергенів, рівня IgG4 та інтерлейкіна-1 β в крові. При проведенні СІТ зниження рівнів IgE-антитіл було визначено в

більш широкому спектрі алергенів та суттєвим по ступеню десенсибілізації у порівнянні з аналогічними показниками, які було отримано при фармакотерапії хворих на ХПРС. Проведені дослідження показали, що застосування алергенспецифічної імунотерапії у пацієнтів із поліпозним

риносинуситом на фоні грибкової сенсибілізації забезпечує більш повну, статистично достовірну редукцію негативних клінічних симптомів та поліпшення імунологічних показників у порівнянні із пацієнтами, що отримують традиційне лікування хронічного поліпозного риносинуситу.

© В.І. Попович, О.М. Герич, О.Ф. Мельников, Т.Ю. Василенко, 2015

В.І. ПОПОВИЧ, І.В. КОШЕЛЬ, Л.Д. МИГОВИЧ (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ В ТЕРАПІЇ РИНОСИНУСИТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З НЕПЕРЕНОСИМІСТЮ АСПІРИНУ

Риносинусит (РС) – захворювання, яке характеризується такими симптомами, як закладеність носа, постназальне затікання, ринорея, свербіння у носі, зазвичай разом із такими об'єктивними ознаками, як набряк носових раковин та посилена секреція. Риносинусит, асоційований з непереносимістю аспірину відноситься до особливо тяжких клініко-патогенетичних форм РС, оскільки відрізняється резистентністю до традиційних методів лікування. До останнього часу клінічний ефект використання антигістамінних препаратів, навіть в комбінації з топічними стероїдами на виправдовував покладених сподівань, оскільки не завжди виконує поставлене завдання по полегшенню симптомів. Після відкриття нового класу медіаторів запалення – лейкотрієнів, ідентифікації пов'язаних з ними рецепторів, створений новий напрямок у лікуванні на основі розробки препа-

ратів, які є інгібіторами лейкотрієнових рецепторів.

Метою нашого дослідження було вивчити можливість використання комбінованих антилейкотрієнових з антигістамінними препаратів в якості монотерапії риносинуситу, асоційованого з непереносимістю аспірину.

Хворі були розділені на 2 групи: 1-а (основна) – 25 осіб, які поряд з інтраназальними кортикостероїдами отримували комбінований препарат Гленцет Едванс (монтелукаст натрію – інгібітор лейкотрієнових рецепторів в комбінації з левоцетиризину гідрохлорид); 2-а група (22 особи), де проводилась терапія інтраназальними кортикостероїдами в комбінації з антигістамінним препаратом (левоцетиризин). Всі препарати приймалися пацієнтами згідно інструкції. Ефективність оцінювали через 14 днів лікування за клінічними ознаками (табл.).

Скарги		До лікування		Післялікування	
		Група 1 (n=25)	Група 2 (n=22)	Група 1 (n=25)	Група 2 (n=22)
Погіршення носового дихання	постійне	13	10	1	7
	періодичне	12	12	2	4
Виділення з носа		23	21	4	4
Погіршення нюху		12	13	4	7
Свербіж у носі		8	7	2	1

Дані клінічного обстеження показали, що на момент завершення лікування у хворих першої групи, що отримували терапію комбінованим препаратом Гленцет Едванс, а також у пацієнтів другої групи, що отримували курс інтраназальними кортикостероїдами в комбінації з антигістамінним препаратом, спостерігалось покращення носового дихання, зменшення виділень з носу, послаблення свербіння у носі, покращення нюху. При детальному аналізі відмічено більш вираз-

ний клінічний ефект комбінованого препарату відносно симптомів, пов'язаних з лейкотрієн опосередкованими симптомами пізньої фази запальної відповіді: утруднене носове дихання, виділення з носа та погіршення нюху. Вплив на гістамін опосередковані симптоми ранньої фази запальної відповіді – свербіж у носі у пацієнтів обох груп був співставимим по ефективності.

Таким чином, проведені дослідження по впливу фармакотерапії комбінованим засобом

(ГленцетЕдванс)на динаміку клінічної картини хворих на риносинусит, асоційований з непере-носимістю аспірину,свідчать про доцільність призначення апробованої схеми лікування. Головним надбанням цього дослідження є той факт, що висока ефективність лікування досягнута з використанням фактично монотерапії препаратом з комплексним впливом на основні ланки патогенезу. Патогенетично обґрунтована

фармакотерапія фактично рівнозначна етіотроп-ній, оскільки хоча і не усувається першопричи-на, але захворювання не прогресує і приймає контрольований перебіг. Крім значимого кліні-чного ефекту, терапія препаратом Гленцет Ед-ванс відмічається високим комплаєнсом (прихи-льність пацієнтів), що сприяє дотриманню паці-єнтом призначеного лікування і забезпечує аде-кватний контроль над захворюванням.

© В.І. Попович, І.В. Кошель, Л.Д. Мигович, 2015

І.В. ПОПОВИЧ, І.В. КОШЕЛЬ, Н.В. АЛЕКСАНДРУК (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ПЕРЕБІГ НАЗОФАРИНГІТУ ЕБВ ЕТІОЛОГІЇ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ДИСБІОЗУ НОСОГЛОТКИ

Метою дослідження було вивчити ступінь дисбіозу носоглотки та можливість його корекції у 32 пацієнтів дитячого віку, хворих на назофарингіт (аденоїдит), асоційований з хронічною Епштейна-Барр вірусною (ЕБВ) інфекцією. Діагноз назофарингіту встановлювали на підставі комплексного клініко-ендоскопічного та лабораторного обстеження. Лабораторним критерієм стану мікробіологічної ланки колонізаційної резистентності є характер мікроекології носоглотки, при порушенні якого виділяють дисбіоз I, II, та III ступеня (табл.).

Дисбіоз I ступеня носоглотки виявили у 8 (25 %) пацієнтів, при якому клінічні прояви назофарингіту були мінімальними і полягали в скаргах на першіння, відчуття „комка” в горлі, відчуття „стікання” по задній стінці глотки. При ендоскопічному обстеженні відмічались гіпере-

мія, набряк лімфоїдної тканини носоглотки, по-мірна кількість густих слизових виділень. При ороскопії відмічались ознаки хронічного гранульозного фарингіту.

Дисбіоз II ступеня, який мав місце у 10 (31,25 %) хворих, супроводжувався більш вираженими клінічними ознаками та ендоскопічними симптомами назофарингіту – гіперемія, набряк, слизові виділення, що стікають у глотку, де відмічались ознаки гранульозного фарингіту. Характерною особливістю є наявність у хворих даної групи рецидивуючих ринітів, фарингітів, частих ГРВІ. Пацієнтам обох груп призначали Імупрет – рослинний імуномодулятор з комплексом властивостей, що забезпечують його ефек-тивність для комплексного етіопатогенетичного лікування назофарингітів у вікових дозах 3 р/день, до одужання.

Ступінь дисбіозу	Мікрофлора	Клініка	Лікування
I ст.	Допорогове збільшення одного виду умовно-патогенної флори при збереженні нормального видового складу мікрофлори	Відповідає латентному перебігу назофарингіту (виразні клінічні прояви відсутні)	Імупрет у вікових дозах 3 р/день до одужання
II ст.	Наявність 2-3 видів умовно-патогенної флори, зниження титру лакто- і біфідобактерій	Відповідає компенсованому назофарингіту (клінічні прояви плюс часті ГРВІ, риніти, фарингіти)	Імупрет у вікових дозах 3 р/день до одужання
III ст.	Асоціації патогенних видів бактерій з грибами роду <i>Candida</i> при відсутності нормальної мікрофлори	Відповідає декомпенсованому назофарингіту (постійно затруднене носове дихання, часті ГРВІ, рецидивуючі синусити, риніти, фарингіти)	Імупрет у вікових дозах 5-6 р/день тривалістю 2-3 дні і надалі 3 р/день, до одужання. При наявності показів аденотомія

Дисбіоз III ступеня, діагностований відповідно у 14 (43,75%) хворих, характеризувався поліморфізмом клінічних проявів назофарингітуї патологічних змін в носоглотковому мигдалику: гіперемія, набряк, слизисті виділення, що стікають у глотку на фоні гранульозного фарингіту та виразної гіпертрофії глоткового мигдалика. На фоні постійно затrudненого носового дихання часто виникали ГРВІ з рецидивуючими фарингітами, тонзилітами, синуситами. Характерним є частий вечірній субфебрилітет і поліаденопатія лімфовузлів задньої шийної групи. Пацієнтам призначали Імупрет – рослинний імуномодулятор з протівірусною активністю у вікових дозах 5-6 р/день, тривалістю – 2-3 дні і

надалі 3 р/день, до одужання. Після покращення стану 8 пацієнтам провели аденотомію.

Висновки.

Таким чином, клінічні прояви назофарингіту у хворих з хронічною ЕБВ-інфекцією корелювали із ступенем дисбіозу носоглотки. Аналіз перебігу назофарингіту з врахуванням глибини і характеру порушень біоценозу носоглотки є умовою оптимізації та ефективного використання комплексної терапії. Препаратом вибору для такого лікування є Імупрет – рослинний імуномодулятор з комплексом властивостей, що забезпечують його ефективність для комплексного етіопатогенетичного лікування гострих назофарингітів з першого дня в якості монотерапії.

© І.В. Попович, І.В. Кошель, Н.В. Александрук, 2015

Т.В. ПОЧУЄВА, К.Е. ЯМПОЛЬСКА (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

РОЛЬ СПОСОБУ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ ГЛОТКИ І ЗУБО-ЯСЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

Хронічний тонзиліт як поліетіологічне захворювання розвивається частіше в дитячому віці, проходячи шлях від частих ангін та ГРВІ до хронічної патології (Р.А. Забиров, Н.В. Султанова, 2010; Н.А. Арефьева, 2012). Загальновідомо, що одним з пускових моментів загострення цього запального процесу стає мікробний фактор, який надійшов ззовні або потрапив в мигдалики шляхом ауто інфікування із поруч розташованих вогнищ інфекції (В.В. Кіщук, 2010; А.И. Крюков та співав., 2010). Одним із них можуть бути запальні процеси зубо-ясеневі системи, і, в першу чергу, каріозно змінені зуби (Т.Л. Рединова и соавт., 2009; Л.М. Азнабаева, Б.Я. Усвятцов, 2012). Зворотною стороною цього процесу, можливо, є потенціювання прогресування карієсу зубів у хворих на хронічний тонзиліт (В.К. Леонтьев, Л.А. Мамедова, 2000; Л.М. Хуснутдинова, 2006).

Мікрофлора, яка постійно живе в порожнині рота і глотки, варіабельна і в нормі схожа з мікрофлорою респіраторного і частково травного тракту (Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев, 2001; Ю.В. Соболева та співав., 2012). Хронічний запальний процес в цій ділянці при очевидному різноманітті особливостей збудників досить часто перебігає в субклінічній або латентній формі, тобто в основному є "німою" інфекцією, яка не має власних клінічних проявів і чіткої нозологічної характеристики. Загальновідомо, що стрептококи становлять 30-40% мешканців по-

рожнини рота і глотки, маючи певну "географічну спеціалізацію": *Streptococcus mitis* має тропність до епітелію щік, *Streptococcus salivarius* – до сосочків язика, *Streptococcus sanguis* і *Streptococcus mutans* – до поверхні зубів (Боровский Е.В., 2001). На поверхні піднебінних мигдаликів *Streptococcus spp.* визначається в нормі в 40-45% випадків (Хмельницькая Н.М. та співав., 2000; А. Stjernquist-Desatnik, E. Holst, 1999).

Особливістю життєдіяльності мікроорганізмів у порожнині рота і глотки є знаходження їх в глибоких шарах тканин (наприклад, крипти мигдаликів, каріозних порожнинах), де вони персистують в мікроаерофільних умовах, що, в свою чергу, змінює біологічні властивості умовно-патогенних бактерій, посилює інвазивність і зменшує здатність до формування біоплівки, особливо *Streptococcus spp.* (О.В. Бухарин, Б.Я. Усвятцов, Л.М. Хуснутдинова, 2003).

Мета дослідження: визначення властивостей мікрофлори піднебінних мигдаликів у дітей, хворих на хронічний тонзиліт при наявності карієсу зубів і без нього, шляхом культивування її в мікроаерофільних умовах.

Матеріали і методи. Нами проведено комплексне клінічне і мікробіологічне обстеження 60 дітей молодшого шкільного віку (6-10 років), розділених на групи, рівнозначні за гендерною ознакою: 1 група – 30 дітей з хронічним тонзилітом і супутнім карієсом зубів, 2 група –

30 дітей з хронічним тонзилітом без супутнього карієсу зубів.

Діагноз встановлювався на підставі традиційного огляду отоларинголога і стоматолога. Мікробіологічні дослідження проводили на базі кафедри клінічної імунології та мікробіології ХМАПО з дотриманням принципів біоетики. Ідентифікація ізолятів мікроорганізмів проведена за морфологічними, культуральними, біохімічними властивостями з використанням "Визначника бактерій Берджі" (2004). Мікроаерофільні анаеробні умови створювали з використанням анаеростата і газогенераторних пакетів (GAS Pак).

Результати дослідження та їх обговорення

Нами було ідентифіковано 17 представників мікроорганізмів з поверхні піднебінних мигдаликів у обстежуваних дітей. Виявлено, що сапрофітні і патогенні стафілококи висівали приблизно однаково в 1-й і 2-й групах, зокрема *Staphylococcus aureus* у 48%-44% випадків при щільності мікробної колонізації на слизовій оболонці піднебінних мигдаликів відповідно $3,9 \pm 0,4$ і $3,8 \pm 0,2$ lg КУО/г. В той же час, частота висівання та щільність мікробної колонізації деяких стрептококів статистично достовірно відрізнялася в 1-й і 2-й групах (*Streptococcus pyogenes* - в 68%-50%* випадків, $5,9 \pm 1,4$ і $5,1 \pm 0,2$ lg КУО/г відповідно, *Streptococcus mutans* - у 26%-7%* випадків, $4,9 \pm 1,2$ і $3,1 \pm 0,2$ відповідно), але деякі тільки за частотою висівання (*Streptococcus mitis* у 22%*-7% при одна-

ковій щільності мікробної колонізації $3,5 \pm 0,7$ і $3,6 \pm 0,8$ lg КУО/г). У дітей з хронічним тонзилітом і супутнім карієсом зубів статистично достовірно частіше виявлялися *Enterococcus* spp. (48%*-38% випадків) і грибки р. *Candida* spp. (37%*-25% випадків), хоча щільність мікробної колонізації в досліджуваних групах достовірно відрізнялася тільки для грибків ($4,9 \pm 1,2$ і $3,6 \pm 0,4$ lg КУО/г). Негативною тенденцією є певний менший вміст *Lactobacillus* spp. у 1-й групі хворих по відношенню до 2-ї (16%-31%* випадків, $1,1 \pm 0,3$ та $2,5 \pm 0,2$ відповідно), які є антагоністами стафілококів, а при зниженні їх у мікробіоценозі патогенні властивості деяких бактерій зростають. Приведені дані тільки частково співпадають з результатами досліджень Арзамазова С.Г. та співавт. (2011), Енина І.П. (2013).

Таким чином, вмікроаерофільних умовах культивування встановлено розширення видового складу мікробіоценозів слизових оболонок піднебінних мигдалин у дітей, хворих на хронічний тонзиліт із супутнім карієсом зубів, за рахунок гноєтворних коків (особливо *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus mutans*), ентерококів і грибків р. *Candida* spp., а також поглиблення дисбіотичних порушень внаслідок зменшення лактобацил як у відсотковому плані, так і за щільністю мікробної колонізації. Приведені дані можуть стати критерієм діагностичного моніторингу і передумовою корекції лікувальних заходів щодо хронічного тонзиліту в подальшому.

© Т.В. Почуєва, К.Е. Ямпольська, 2015

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА, У.Р. ДУЖИК, Б.І. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ПРОПОЛІС В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

На протязі останніх років нашу увагу привернула можливість застосування прополісу при лікуванні хворих на хронічний тонзиліт. За нашими глибокими переконаннями, при правильному виборі методу лікування можна добитись добрих результатів і зберегти піднебінні мигдалики. Хворим на хронічний тонзиліт ми призначали промивання лакун піднебінних мигдаликів препаратами прополісу. Спочатку готували основний (30-40%) розчин прополісу в 96°-ному спирті. Розчин втримували в темноті в посудині з притертим корком при температурі 5-10°C на протязі 10 днів. Під нашим спостере-

женням знаходилось 20 хворих (8 чоловіків і 12 жінок) віком від 18 до 67 років з тривалістю захворювання від 2 до 20 років, які страждали на хронічний компенсований тонзиліт. Більшість хворих раніше лікувалась різними методами без особливого успіху. У всіх пацієнтів попередньо в'ясняли як вони переносять продукти бджільництва. Безпосередньо перед початком лікування із основного розчину готували робочий: до 5-10 мл основного розчину додавали 20-30 мл розчину фурациліну в концентрації 1:5000. Отримувалась рідина мутнозеленого кольору з приємним бальзамічним запахом. Цим розчином

промивали лакуни піднебінних мигдаликів. Тривалість курсу лікування від 8 до 20 промивань. Вдома хворі 2-3 рази на день прополіскували порожнину рота слабким розчином питної соди. Виражений ефект був відмічений у всіх 20 пацієнтів. Піднебінні мигдалики зменшились в об'ємі, зникли із лакун корки і гній, зникли неприємні відчуття в горлі, зник неприємний запах з рота, зменшилась гіперемія піднебінних дужок. Відмічені до лікування у ряду хворих

зміни показників крові (лейкоцитоз, підвищена ШОЕ) нормалізувались. Всі 20 хворих спостерігались нами на протязі трьох років. За цей час їм ще двічі проводили санацію піднебінних мигдаликів за вищевикладеною методикою.

Простота і доступність методу дозволяє рекомендувати його оториноларингологам при лікуванні хворих на хронічний компенсований тонзиліт. Лікування проводиться в поліклініці.

© Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, У.Р. Дужик, Б.І. Шевага, 2015

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, Ю.М. АНДРЕЙЧИН, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНІТУ ЗА НАЯВНОСТІ ДЕФОРМАЦІЇ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Вазомоторний риніт і деформація перегородки носа зустрічаються доволі часто в практиці лікаря – оториноларинголога. Часто ці два види патології можуть поєднуватись між собою. Питання про взаємозв'язок деформації перегородки носа з вазомоторним ринітом не знайшло достатнього висвітлення. В доступній літературі нам зустрілась лише одна робота (И.Т.Батюнин, Е.И. Долгих, 1974), присвячена розробці даної проблеми. Мета нашої роботи – виявити взаємозв'язок між деформацією перегородки носа і вазомоторним ринітом і визначити тактику лікування вазомоторного риніту при такому поєднанні.

Під нашим спостереженням знаходилось 124 хворих (80 – чоловічої і 44 – жіночої статі) віком від 16 до 65 років з різним характером і ступенем деформації перегородки носа, поєднаної з вазомоторним ринітом. Нами встановлено, що найчастіше (у 84 хворих) рефлексорні явища у вигляді вазомоторного риніту виникали у хворих при невеликих гребенях і шпичаках перегородки, які впирались в протилежну стінку носової порожнини, хоча іноді вони розвивались і при поширених викривленнях її (у 39) і навіть при вивиху переднього краю чотирикутного хряща (у 1 хворого). Отже, вазомоторний риніт частіше може бути зумовлений невеликими гребенями чи шпичаками перегородки, що контактують з носовими раковинами і підтримують вазомоторні зміни в слизовій оболонці порожнини носа рефлексорним шляхом, рідше – значними деформаціями перегородки носа, що звужують носові ходи, утруднюють носове дихання і ведуть до нейротрофічних розладів слизової

оболонки порожнини носа. При тривалій дії вказаних факторів (контакт деформованої перегородки з носовими раковинами і утруднення носового дихання), особливо при поєднанні їх дії, слизова оболонка порожнини носа втрачає свою функціональну роль і набуває патологічного стану. Всім хворим була проведена підслизова резекція перегородки носа. У більшості з них (104) ця операція позитивно вплинула на перебіг вазомоторного риніту, приводячи до зникнення чи зменшення прояву симптомів.

Результати хірургічного втручання на перегородці носа прослідковані в динаміці у віддалений період (через 1-8 років) за даними клінічного перебігу вазомоторного риніту. При цьому відмічені суттєві зміни. Стійке одужання настало у 60 із 72 оглянутих осіб, у решти 12 відмічено значне покращення, яке виражалось в тому, що напади нежитю стали значно рідкіснішими і менш тривалими. Кращі результати відмічені при нейровегетативній формі захворювання. При риноскопії у всіх хворих клінічна картина вазомоторного риніту була відсутньою. Закладеність в носі зникла, дихання було вільним, слизова оболонка носа мала рожевий колір. Висновки: 1) проведені дослідження виявили, що однією з основних причин, які сприяють розвитку і підтримують вазомоторний риніт, є деформація перегородки носа; 2) деформація перегородки носа є постійно діючим подразником, що веде до порушення судинно – трофічної функції слизової оболонки порожнини носа; 3) резекція деформованої перегородки, на нашу думку, повинна розглядатись як один із методів лікування вазомоторного риніту; 4) у осіб на ва-

зомоторний риніт необхідно ретельно досліджувати перегородку носа і при виявленні на ній хоча б невеликих викривлень, гребенів чи шпичаків, що контактують з протилежною стінкою порожнини носа, ставити питання про хірургічне втручання на перегородці.

чаків, що контактують з протилежною стінкою порожнини носа, ставити питання про хірургічне втручання на перегородці.

© Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, В.Г. Корицький, Ю.М. Андрейчин, І.В. Шевага, 2015

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ГІПЕРТРОФІЯ ГОРЛОВОГО МИГДАЛИКА У ШКОЛЯРІВ, ЩО ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ПОСИЛЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

Гіпертрофія горлового мигдалика (аденоїдні вегетації, аденоїдні розростання, аденоїди) – патологія, як правило, дитячого віку. Рідко вона буває у дорослих. Однак гіпертрофія горлового мигдалика у школярів в літературі висвітлена недостатньо. Відсутні публікації щодо гіпертрофії горлового мигдалика у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Наша робота присвячена саме цій проблемі.

В березні-квітні 1992 р. в складі спеціалізованої бригади лікарів Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») нами проведено масове первинне обстеження стану ЛОР – органів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Обстежено 13 початкових, восьмирічних і середніх шкіл Ємільчинського району Житомирської області (на території обслуговування Барашівської районної лікарні № 2). Оглянуто 2440 школярів 1-11 класів віком від 7 до 17 років. Загальні відомості про оториноларингологічну захворюваність цих школярів опубліковані нами раніше (Г.С. Протасевич, 1997, 1998, 1999). Однак в цих роботах відсутній детальний аналіз захворюваності по окремих нозологічних одиницях, в тому числі по гіпертрофії горлового мигдалика. Серед 2440 обстежених школярів у 402 (16,5%) знайдено різні хронічні захворювання ЛОР-органів, у решти 2038 школярів (83,5%) ЛОР-органи були без змін. Однак нозологічних одиниць виявилось більше, ніж кількості школярів з ЛОР – патологією, оскільки у одного і того ж обстеженого було іноді по декілька захворювань. Тому число спостережень з виявленою ЛОР-патологією склало 545, а не 402. Серед всіх спостережень захворювання горла становили 363 (66,6%). Із них в 199 спостереженнях реєструвалась гіпертрофія горлового мигдалика. Серед 199 спостережень гіпертрофія горлового мигдалика була I ступеню в 5 випадках, II – в 190, III – в 4 випадках.

Утруднення носового дихання було у всіх школярів з гіпертрофією горлового мигдалика: у 40 (20,1%) постійно, у 159 (79,9%) вночі. Головний біль відмічали 37 (18,3%) обстежених, розлади сну – 74 (36,6%), нічний енурез – 20 (10%), хрюпіння під час сну – 30 (15%). Гугнявість мала місце у 32 (16%) школярів, згладженість носогубних складок – у 25 (12,5%), постійно відкритий рот – у 25 (12,5%), порушення прикусу (відкритий прикус) – у 26 (12,7%) школярів. Всі перелічені симптоми у одного і того ж обстежуваного, за винятком утруднення носового дихання, не спостерігались в жодному випадку. У ряду школярів мали місце 2-3 із вказаних симптомів. Аналізуючи отримані дані, слід вказати на велику частоту гіпертрофії горлового мигдалика (в 199 із 363 випадків захворювань горла) у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю, що, очевидно, можна пов'язати з впливом радіаційного випромінювання на функціонування цієї складової частини імунної системи. Всім школярам з виявленою гіпертрофією горлового мигдалика в амбулаторні карти записано рекомендації стосовно хірургічного методу оздоровлення і місця оздоровлення (номерна, центральна районна, міжрайонна, обласна дитяча лікарня). 12 дітей нами особисто оздоровлено хірургічним методом – операція аденотомія.

Таким чином, гіпертрофія горлового мигдалика у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю, посідає перше місце серед захворювань горла (199 із 363 спостережень). Отримані результати вказують на необхідність подальшого вивчення гіпертрофії горлового мигдалика у школярів, які постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Для зниження їх кількості треба постійно вдосконалювати методи лікувально-профілактичної допомоги, серед яких поглиблені медичні огляди слід розглядати як важливу складову їх частину.

© Г.С. Протасевич, 2015

ГІПЕРТРОФІЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ У ШКОЛЯРІВ, ЩО ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ПОСИЛЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

Гіпертрофія піднебінних мигдаликів – патологія, як правило, дитячого віку. Але рідко вона може спостерігатись у дорослих. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів у школярів в літературі висвітлена недостатньо. Відсутні публікації стосовно гіпертрофії піднебінних мигдаликів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Наша робота присвячена цьому питанню.

В березні – квітні 1992 р. в складі спеціалізованої бригади лікарів Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») нами проведено масове первинне обстеження стану ЛОР – органів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Обстежено 13 початкових, восьмирічних і середніх шкіл Ємільчинського району Житомирської області (на території обслуговування Барашівської районної лікарні № 2). Обстежено 2440 школярів 1-11 класів віком від 7 до 17 років. Загальні відомості про оториноларингологічну захворюваність цих школярів опубліковані нами (Г.С. Протасевич, 1997, 1998, 1999). Однак в цих роботах відсутній детальний аналіз захворюваності по окремих нозологічних одиницях, в тому числі по гіпертрофії піднебінних мигдаликів. Із 2440 обстежених школярів у 402 (16,5%) виявлено різні хронічні захворювання ЛОР – органів, у решти 2038 школярів (83,5%) змін з боку ЛОР – органів не знайдено. Однак нозологічних одиниць виявилось більше, ніж кількості школярів з ЛОР – патологією, оскільки у одного і того ж обстеженого було по декілька захворювань. Тому число спостережень з виявленою ЛОР-патологією становило 545, а не 402. Серед всіх спостережень захворювання горла склали 363 (66,6%). Із них в 91 спостереженні знайдена гіпертрофія піднебінних мигдаликів. Серед 91

спостереження гіпертрофії піднебінних мигдаликів у 79 була гіпертрофія обох піднебінних мигдаликів, у 12 – одного (у 7 – лівого, у 5 – правого). Школярів з гіпертрофією піднебінних мигдаликів турбували кашель, утруднення дихання і ковтання, гугнявий відтінок мови – закрита гугнявість.

Аналізуючи отримані дані, слід вказати на велику частоту гіпертрофії піднебінних мигдаликів (91 із 363 випадків захворювання горла) у школярів, які постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю (друге місце після гіпертрофії горлового мигдалика серед виявлених захворювань горла). Досить велику частоту гіпертрофії піднебінних мигдаликів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю, очевидно, можна пов'язати з впливом радіаційного випромінювання на функціонування цієї складової частини імунної системи. Всім школярам з виявленою гіпертрофією піднебінних мигдаликів в амбулаторні картки записано рекомендації стосовно хірургічного методу оздоровлення і місця оздоровлення (номерна, центральна районна, міжрайонна, обласна дитяча лікарня).

Таким чином, гіпертрофія піднебінних мигдаликів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю, посідає друге місце серед захворювань горла (91 із 363 спостережень) після гіпертрофії горлового мигдалика (199 із 363). Отримані результати вказують на необхідність подальшого вивчення гіпертрофії піднебінних мигдаликів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Для зниження їх кількості треба постійно вдосконалювати методи лікувально-профілактичної допомоги, серед яких поглиблені медичні огляди слід розглядати як важливу складову їх частину.

«ЗОВНІШНІЙ АДЕНОЇДИЗМ» У ШКОЛЯРІВ НА АДЕНОЇДНІ ВЕГЕТАЦІЇ, ЩО ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ПОСИЛЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

Аденоїдні вегетації (аденоїдні розростання, аденоїди, гіпертрофія горлового мигдалика) – патологія, як правило, у дітей до періоду статевого дозрівання (А.А. Лайко і співавт., 2010). Серед багатьох клінічних ознак аденоїдних вегетацій у дітей доволі часто спостерігається синдром, який отримав назву «аденоїдний тип обличчя», або «зовнішній аденоїдизм». Цей синдром включає такі симптоми: характерний безглуздий вираз обличчя з напіввідкритим ротом; згладженість м'язів обличчя; піднятість догори і деяка стоншеність верхньої губи; деяка атрофія верхньої щелепи; гіпетрофія нижньої щелепи; порушення прикусу (відкритий прикус) (Д.І. Заболотний і співавт., 2010; Г.С. Протасевич і співавт., 2014). За даними літератури (Д.І. Заболотний і співавт., 2009; Л.А. Лайко і співавт., 2010), «зовнішній аденоїдизм», зустрічається у 40% дітей на аденоїдні вегетації. Ми вивчали частоту «зовнішнього аденоїдизму» у школярів на аденоїдні вегетації, які постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. В березні – квітні 1992 р. в складі спеціалізованої бригади лікарів Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») нами проведено масове первинне обстеження стану ЛОР – органів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіа-

ційного контролю. Обстежено 2440 школярів віком від 7 до 17 років в 13 початкових, восьмирічних і середніх школах Ємільчинського району, Житомирської області (на території обслуговування Барашівської районної лікарні №2). Серед 2440 обстежених школярів у 402 (16,5%) виявлені різні хронічні захворювання ЛОР – органів, у решти 2038 школярів (83,5%) змін з боку ЛОР – органів не знайдено. Однак нозологічних одиниць виявилось більше від кількості школярів з ЛОР – патологією, оскільки у деяких обстежених було по декілька захворювань. Тому число спостережень з виявленою ЛОР – патологією склало 545, а не 402. Серед всіх спостережень захворювання горла становили 363 (66,6% випадків). Із них в 199 випадках мали місце аденоїдні вегетації. При цьому «зовнішній аденоїдизм» виявлений в 110 (55,3%) випадках. Він спостерігався у школярів на аденоїдні вегетації II і III ступеню віком від 7 до 11-12 років.

Таким чином, «зовнішній аденоїдизм», за нашими даними, мав місце у 55,3% школярів на аденоїдні вегетації, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Це значно вищий показник, ніж у дітей на аденоїдні вегетації, які проживають не в зоні посиленого радіаційного контролю (40-41,5% - Д.І. Заболотний і співавт., 2009; А.А. Лайко і співавт., 2010; Г.С. Протасевич і співавт., 2014).

© Г.С. Протасевич, 2015

НІЧНИЙ ЕНУРЕЗ У ШКОЛЯРІВ НА ГІПЕРТРОФІЮ ГОРЛОВОГО МИГДАЛИКА, ЩО ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ПОСИЛЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

Гіпертрофія горлового мигдалика (аденоїдні вегетації, аденоїдні розростання, аденоїди) – патологія, як правило, дитячого віку (Г.С. Протасевич, 2011; О.І. Яшан і співавт., 2011, 2014). Серед різноманітних скарг у дітей на гіпертрофію горлового мигдалика відмічається нічний енурез. За даними літератури (И.Б. Солдатов, 1997; Д.І. Заболотний і співавт., 2009; А.А. Лайко і співавт., 2010; О.І. Яшан і співавт., 2014), на нічний енурез скаржиться до 7-15%

дітей на гіпертрофію горлового мигдалика. В березні – квітні 1992 р. в складі спеціалізованої бригади лікарів Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») нами проведено масове первинне обстеження стану верхніх дихальних шляхів і вуха у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Обстежено 13 початкових, во-

сьмирічних і середніх шкіл Ємільчинського району Житомирської області (на території обслуговування Барашівської районної лікарні № 2). Обстежено 2440 школярів віком від 7 до 17 років. Із всіх обстежених школярів у 402 (16,5%) виявлені різні хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів і вуха, у решти 2038 (83,5%) школярів змін верхніх дихальних шляхів і вуха не знайдено. Але нозологічних одиниць виявилось більше від кількості школярів з захворюваннями верхніх дихальних шляхів і вуха, оскільки у деяких обстежених було по декілька захворювань верхніх дихальних шляхів і вуха. Тому число спостережень з виявленими захворюваннями верхніх дихальних шляхів і вуха

склало 545, а не 402. Серед всіх спостережень захворювання горла становили 363 (66,6%) випадків. Із них в 199 випадках була гіпертрофія горлового мигдалика. При цьому нічний енурез мав місце в 20 (10%) випадках. Він спостерігався у школярів на гіпертрофію горлового мигдалика II і III ступеню.

Таким чином, нічний енурез, за нашими даними, мав місце у 10% школярів на гіпертрофію горлового мигдалика, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. Це дещо вищий показник, ніж у дітей на гіпертрофію горлового мигдалика, які проживають не в зоні посиленого радіаційного контролю (8,3%) – (О.І. Яшан і співавт., 2014).

© Г.С. Протасевич, 2015

Г.С.ПРОТАСЕВИЧ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

НЕЗВИЧАЙНЕ УСКЛАДНЕННЯ НОВОКАЇНОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

За 46 років власної оториноларингологічної практики (1964-2010рр.) ми виконали біля 1000 тонзилектомій. Серед них в 1 випадку спостерігали незвичайне ускладнення новокаїнової анестезії при даній операції. Наводимо цей випадок.

Хвора Б., 23 років лікувалась в ЛОР – відділенні Держинської (нині Романівської) центральної районної лікарні Житомирської області в 1967 р., де їй була виконана тонзилектомія з приводу хронічного декомпенсованого тонзиліту. За 40 хв перед операцією проведена премедикація (введено 1 мл 1% розчину промедолу і 1 мл 0,1% розчину сірчанокислого атропіну). З обох боків проведена інфільтраційна анестезія піднебінних мигдаликів 0,5% розчином новокаїну по 10 мл з адреналіном 1:1000. Виконана двобічна тонзилектомія. Кровотеча була помірною. Зупинена притискуванням тонзиллярних ямок марлевими кульками. Ще під час операції і відразу після неї почав наростати набряк лівої половини шиї. Припухлість розмірами 10 x 8 см лівої половини шиї займала підщелепну ділянку. Орофарингоскопія – скудні сукроваті виділення з обох тонзиллярних ямок, набряк задньої стінки горла. Непряма гіпофарингоскопія – вся ліва

половина гортанної частини горла набрякла, ін'єкована. При пальпації набрякості лівої половини шиї остання м'якої консистенції, безболісна. Наростання набряку припинилось через 1 год після операції. Самопочуття хворої було задовільним. Хворій введено внутрішньом'язово 1 мл 1% розчину димедролу, внутрішньовенно 10 мл 10% розчину кальцію хлориду, призначена протизапальна, антибактерійна, десенсибілізуюча терапія. На наступний ранок припухлість значно зменшилась, а на четверту добу зникла повністю. Хвора виписана з стаціонару на 7-й день після операції в задовільному стані. При огляді через 1міс після операції хвора скарг не відмічала, патології не виявлено.

Таким чином, у хворої мало місце ускладнення новокаїнової анестезії – набряк м'яких тканин шиї і гортанної частини горла. Ускладнення новокаїнової анестезії при тонзилектомії широко описані різними авторами. Але описання подібного ускладнення, яке мало місце у спостережуваної хворої, ми не зустріли в доступній літературі. З цієї точки зору цей випадок представляє відповідний пізнавальний, теоретичний і практичний інтерес для практикуючих оториноларингологів.

© Г.С. Протасевич, 2015

ОЦЕНКА ПРОХОДИМОСТИ СОУСТЬЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ПОМОЩИ УЗ-СКАНИРОВАНИЯ

Согласно теории Мессерклингера, ведущее значения в развитии патологии ОНП имеет нарушение транспорта секрета из пазух, в силу различных причин, которое как правило происходит в наиболее узких местах т.е. в области соустьев. Существует много методик для оценки состояния соустьев. В настоящее время золотым стандартом лучевой диагностики патологии ОНП является КТ-ППН. Это касается и проблем возникающих в области соустьев ОНП. Это исследование позволяет в деталях оценить анатомию, ширину просвета соустьев с возможностью 3д реконструкции. Недостатки этого метода его цена и лучевая нагрузка. В том случае, если перед отоларингологом стоит вопрос о проходимости соустьев в/ч

пазух можно воспользоваться неинвазивной и не дающей лучевой нагрузки ультразвуковой диагностикой. Предварительно проводится УЗ-сканирование пазухи для исключения наличия жидкостного компонента в пазухе. Затем производится нагнетание физиологического раствора под положительным давлением, при этом голова исследуемого наклонена вперед и вбок. При проходимости соустья на УЗ картине появляется эхо сигнал от задней стенки, пазуха выполняется анэхогенным содержимым. Замеряя время исчезновения этих сигналов можно оценить эвакуаторную способность эпителия. Сканирование осуществлялось микроконвексным (неонатальным) датчиком из области fossa canina.

© С.М. Пухлик, М.С. Бучацкий, 2015

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СТІЙКОЇ ОБСТРУКЦІЇ ПОРОЖНИНИ НОСА У ПАЦІЄНТІВ З АЛЕРГІЧНИМ РИНІТОМ

До хронічної обструкції порожнини носа можуть привести такі стани: скривлення носової перетинки, вазомоторний та персистуючий алергічний риніт, поліпозний риносинусит, медикаментозний риніт, доброякісні і злоякісні пухлини носа та пазух та ін.

Метою нашого дослідження було визначення тактики щодо проведення хірургічної корекції носової перетинки у пацієнтів з викривленням її, які хворі на алергічний і вазомоторний риніт, а також підвищення позитивного ефекту від хірургічного лікування за умов передопераційної підготовки таких пацієнтів.

135 пацієнтів з викривленням носової перетинки, алергічним ринітом з вазомоторним компонентом були поділені на 3 групи. Група №1 – 44 пацієнта (22 жінки і 22 чоловіка віком від 21 до 45 років), які лікувалися в першу чергу хірургічною корекцією викривлення носової перетинки. Група №2 – 52 пацієнта (28 жінок і 24 чоловіка віком від 18 до 42 років) і група №3 – 39 пацієнтів (17 жінок і 22 чоловіка віком від 18 до 52 років), яким перед припустимим хірургічним лікуванням пропонувалося проведення алергенспецифічної діагностики з метою виконання елімінаційних заходів та протиалергічної терапії на фоні поступового припинення вико-

ристання місцевих дегонгестантів. Але, пацієнтам групи №2 не вдалося уникнути місцевих судинозвужуючих крапель, а пацієнти групи №3 не менш ніж півтора місяця до припустимого хірургічного втручання не користувалися ними.

Порівняння результатів лікування у різних групах проводилося на інтраопераційному етапі, через 2 тижні і через 2 місяця після хірургічного лікування.

Висновки.

1. 30,8% пацієнтів з викривленням носової перетинки, алергічним ринітом з вазомоторним компонентом, які перед пропонуванним хірургічним втручанням контролювали алергічний процес (елімінація причинного алергену, протиалергічна фармакотерапія і/чи алергенспецифічна терапія) та відмовилися від місцевих дегонгестантів уникнули оперативного лікування.

2. Результати першочергового хірургічного втручання при скривленнях носової перетинки з порушенням носового дихання на фоні алергічного риніту з вазомоторним компонентом в 5 разів гірші ніж за умов зняття запального та набрякового процесів в порожнині носа перед операцією.

3. Схильність до інтраопераційних розривів слизової оболонки носової перетинки достовірно

вища серед пацієнтів з поєднаною патологією носової порожнини, яким протиалергічна терапія або відмова від інтраназальних деконгестантів була проведена в післяопераційному періоді.

4. Використання місцевих дегонгестантів перед септотомією і вазотомією достовірно збільшують ризик більшої крововтрати під час операції, а також в'ялого загосення і незадовільного відновлення носового дихання.

© С.М. Пухлік, І.В. Дєдікова, 2015

С.М. ПУХЛИК, І.К. ТАГУНОВА, К.Г. БОГДАНОВ, А.В. АНДРЕЕВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ КРИОТОНЗОЛЛОТОМИИ

Уникальность строения нёбных миндалин требует щадящего отношения к ним при проведении лечебных мероприятий. В патогенезе хронического тонзиллита имеет значение нарушение дренажной функции лакун вследствие рубцовых изменений, приводящее к заселению их патогенной микрофлорой, в результате чего создаются благоприятные условия для сохранения и размножения патогенных микроорганизмов, что приводит к сенсибилизации организма к бактериальным и тканевым антигенам. Криохирургический метод – использование низких температур, позволяющий осуществить частичную деструкцию миндалины, прервать развитие воспалительной реакции, распространение деструктивных изменений, стимулировать восстановительные процессы без образования грубых рубцов.

Для прогнозирования глубины криогенного вмешательства нами применён ультразвуковой метод сканирования ткани нёбных мин-

5. Всім пацієнтам із скривленням носової перетинки з порушенням носового дихання з анамнезом, що обтяжений алергічними захворюваннями, або підозрою на них (сумнівний спадковий алергологічний анамнез) необхідно проводити передопераційну алергенспецифічну діагностику з метою елімінації причинного алергена та протиалергічної або алергенспецифічної терапії.

далин УЗ-сканером экспертного класса Toshiba Xario SSA-660 у 26 больных до и после операции. Миндалины при УЗ-сканировании визуализируются как овальные гетерогенные структуры с чёткими контурами, с лакунами различной глубины, извилистости, расширениями, гипохогенными включениями, в некоторых случаях определяются внутренние кисты. Объективизация метода, позволяет моделировать вмешательство, делая его качественным и органосохраняющим.

При исследовании через месяц, год после криотонзиллотомии нёбные миндалины уменьшаются в размере, лакуны их широкие, свободные, не содержат патологического секрета, улучшается их дренажная функция. Полученные результаты дают основание рекомендовать УЗ сканирование как информативный метод обследования больных хроническим тонзиллитом перед криовоздействием.

© С.М. Пухлік, І.К. Тагунова, К.Г. Богданов, А.В. Андреев, 2015

С.М. ПУХЛИК, Н.О. ЮРЕВИЧ, А.В. ЛУПИР, Ю.М. КАЛАШНИК (ОДЕСА, ХАРКІВ, УКРАЇНА)

ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНІТ З СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО КЛІЩІВ ТА ПЛІСЕНЕВИХ ГРИБІВ ДОМАШНЬОГО ПИЛУ

Алергічний риніт – широко розповсюджене захворювання більшості країн світу. Епідеміологічні дослідження демонструють, що у країнах Європи розповсюдженість його перевищує 20%, в Україні сягає до 10% серед дорослого населення.

Причиною цілорічного алергічного риніту, в більшості випадків, є інгаляційні алергени,

серед яких одним з найбільш важливих є багатоконпонентний алерген – домашній пил. Багато авторів вказують на те, що алергенна агресивність домашнього пилу залежить, головним чином, від чисельності та видового складу кліщів, які мешкають в ній.

Надзвичайно важливе значення має сенсибілізація людини до мікрогрибів (мікроміце-

тів). Дослідженнями вітчизняних і зарубіжних авторів показано, що сенсibilізація організму нерідко є важливим, а іноді і визначальним фактором у патогенезі та перебігу ряду грибкових захворювань людини.

Мета дослідження: вивчення імунологічних особливостей цілорічного алергічного риніту з поєднаною сенсibilізацією до кліщів та плісневих грибів домашнього пилу.

Матеріали та методи: вивчення імунологічних особливостей (вміст імуноглобулінів класів А, М, G; рівень імуноглобуліну класу Е і G₄ в крові; визначення у сироватці фактору гальмування міграції лейкоцитів; концентрації в сироватці крові інтерлейкінів 1 і 5; визначення специфічних IgЕ-антитіл до алергенів) цілорічного алергічного риніту з поєднаною сенсibilізацією до кліщів та плісневих грибів домашнього пилу – 3-я група (n=33), було проведено у порівнянні з такими показниками у хворих з цілорічним алергічним ринітом з ізольованою сенсibilізацією на плісневі гриби – 1-а група (n=31), з ізольованою реакцією на алергени кліщів домашнього пилу – 2-а група (n=31) та групою здорових донорів – 4-а група (n=27).

Результати власних досліджень.

Встановлено, що концентрація імуноглобулінів класів М і G достовірно не відрізнялася в групах хворих на цілорічний алергічний риніт від рівня в контрольній групі і не мала відхилень від норми, тоді як концентрація IgA мала

збільшення значень в групі 1 (p=0,06) і достовірно вищий показник у групі 3 (p=0,02).

Було встановлено, що має місце достовірне підвищення рівня імуноглобуліну Е та IgG₄ в сироватці крові обстежених хворих 1 і 3 груп.

Щодо вмісту IgЕ-антитіл в усіх групах в порівнянні з групою здорових донорів, то він виявився підвищеним до усіх досліджених алергенів (домашнього пилу (Дп7), плісневих грибів: *Aspergillus*, *Alternaria*, *Botrytis*, домашнього пилу, збагаченого *Dermatophagoides pteronyssinus*), але найбільшого ступеня достовірності по всім визначеним алергенам були в групі 3, тобто при поєднаній алергії. У цій же групі 3 визначені і більш високі рівні прозапального та алергічного цитокінів в сироватці крові.

Визначення фактору гальмування міграції лейкоцитів, підраховуючи індекс гальмування міграції лейкоцитів, у хворих на цілорічний алергічний риніт всіх груп показало достовірне (p<0,05) підвищення цього чинника тільки у хворих 1-ї і 3-ї груп.

Висновки. Встановлено, що пацієнти з поєднаною сенсibilізацією до плісневих грибів і кліщів домашнього пилу мають імунологічні зміни, притаманні реакції негайного типу, що властиво для алергії на кліщі домашнього пилу, і реакції уповільненого типу, що властиво для грибкової сенсibilізації. Відповідно, діагностика поєднаної алергії повинна проводитися як прик-тестами, так і внутрішньошкірними пробами з оцінкою результатів через 30 хвилин і через добу.

© С.М. Пухлик, Н.О. Юревич, А.В. Лупир, Ю.М. Калашник, 2015

С.М. ПУХЛИК (ОДЕССА, УКРАИНА)

МЕСТНАЯ АНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ХЕПИЛОР

Воспалительные заболевания глотки – одно из самых распространенных по локализации заболеваний ЛОР-органов. За последние 10 лет заболеваемость с поражением глотки выросла и отмечается тенденция к дальнейшему росту.

Цель исследования: изучить характер и особенности основных воспалительных заболеваний глотки и гортани в различных регионах Украины, оценить на большом клиническом материале эффективность препарата «Хепилор».

Материал и методы. Всего участвовало **13 483** пациента в **22** областях Украины. Исследование проводилось по разработанным нами

анкетам, которые заполнялись лечащими врачами.

Результаты исследования. Наиболее тягостный симптом для больных острым и хроническим фарингитом, ангиной – боли в горле. Прием препарата Хепилор позволил значительно уменьшить болевые ощущения уже к 3 дня лечения, а к 7-у дню только у 14% пациентов отмечались незначительные болевые ощущения. Таким образом, препарат Хепилор эффективно снимает болевые симптомы.

Сухость в горле – наиболее характерный симптом у больных хроническими фарингита-

ми, значительно реже – ларингитами. К третьему дню лечения только 15% пациентов обращали внимание на этот симптом, к 7 дню очень незначительно беспокоил 12% пациентов. Таким образом, препарат Хепилор эффективно снимает симптомы сухости в горле.

Гиперемия зева является клиническим проявлением протекающего воспаления и ее динамика отражает характер и интенсивность воспаления. До начала лечения гиперемия зева отмечена у 97% обследованных больных, преимущественно в виде интенсивного характера. К третьему дню лечения степень воспаления уменьшилась и интенсивная гиперемия сохранялась только у 29% пациентов и они снизились к 7 дню до 20% больных.

Налеты на миндалинах являются одним из проявлений лакунарной ангины, реже встречаются при остром фарингите или кандидозе полости рта. У обследованных больных налеты были выявлены у 50% пациентов. Прием Хепилора позволили снизить выраженность этих налетов к 3-у дню до 35%, а к 7 дню они практически исчезли.

Очень важно, чтобы медикаментозный препарат не только снимал клинические симптомы воспаления, но и был при этом безопасным. По результатам проведенного исследования (рис.17) препарат оказался достаточно безопасным – только у 0,59% пациентов отмечались незначительные побочные реакции – першение в горле, отечность языка, непривычный вкус и послевкусие.

Выводы.

1. Боли в горле чаще связаны с острым и обострением хронического фарингита (45%), острого тонзиллита (39%) и ларингита (16%).

2. Наиболее часто это острое воспаление (58%) или обострение хронической инфекции (26%), реже хронический процесс в стадии ремиссии (16%).

3. Наиболее часто больные первичные (78%), реже повторные (22%).

4. Среди 22 % повторно обратившихся пациентов рецидивы воспалительного процесса возникали 1-3 раза в год (до 50% больных), реже больные с обострениями менее 1 раза в год (42% больных), еще реже, примерно раз в 3 года, обострение возникало у 8% пациентов.

5. У молодых людей чаще встречается острый воспалительный процесс, а обострение хронического воспаления явилось причиной обращения к врачу людей старше 41 года.

6. У большинства пациентов (свыше 47%) была выделена стафилококковая инфекция, несколько реже – стрептококки, (23,9%), наиболее частые возбудители респираторных заболеваний *Moraxella catarrhalis*, *Str. Pneumonia*, встречаются редко (соответственно, 1,4; 4,0).

7. Наиболее высокая чувствительность (свыше 80%) сохраняется к цефалоспорином 1-3 поколения, некоторым макролидам и амоксициллинам.

8. Применение препарата Хепилор в виде монотерапии или комплексного лечения у больных с указанной патологией глотки и гортани позволили эффективно уменьшить такие симптомы общего и местного воспаления как: боли в горле, сухость и першение, нарушение голосовой функции, подъем температуры тела, а также гиперемию и налеты в зеве, зернистость задней стенки глотки, региональный шейный лимфаденит.

9. Препарат хорошо переносится и только у 0,59% пациентов отмечались незначительные побочные реакции – першение в горле, отечность языка, непривычный вкус и послевкусие.

10. Препарат Хепилор можно рекомендовать к широкому использованию при различной воспалительной патологии в глотке и гортани.

© С.М. Пухлик, 2015

Е.В. СМЕЯНОВ, В.А. СМЕЯНОВ (СУМЫ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИОННОГО НАРКОЗА

С внедрением в повседневную практику международных стандартов оказания медицинской помощи оториноларингологическим больным все чаще отдается предпочтение общей анестезии.

Для безопасной вентиляции легких анестезиологом производится интубация трахеи.

Основная жалоба пациентов в послеоперационном периоде - боль в горле различной интенсивности. При фарингоскопии в раннем послеоперационном периоде определяется гиперемия, ссадины задней стенки глотки и мягкого неба. Это связано с нахождением здесь интубационной трубки в течение операции, а также с

тем, що анестезиолог, при проведенні туалета глотки нерідко травмує слизову оболочку.

В якості препарату, що дозволяє максимально зменшити приведені скарги нами був вибран препарат «Трахисан».

Трахисан, завдяки входять до його складу трьом компонентам – тиротрицину, хлоргексидину та лідокаїну, поєднує в собі три необхідних при інфекції та болю в горлі дії: антибактеріальну, антисептичну та знеболювальну. Показання до застосування «Трахисана»: запальні захворювання в порожнині рота та глотки, такі як стоматит, гінгівіт, пародонтит, глосит, тонзиліт, фарингіт та інші стани, супроводжувані ускладненнями ковчання, для профілактики інфекційних ускладнень перед оперативними втручаннями в порожнину рота та глотки (екстракція зуба, тонзилектомія тощо). Режим дозування по 1 таблетці кожні 2 години до 8 разів на день.

В дослідженні брало участь 43 пацієнта, яких було розподілено на дві

групи. В першій (22 осіб) хворі отримували стандартну терапію, в другій (21 осіб) в ранньому післяопераційному періоді призначався «Трахисан» по 1 таблетці 3-4 рази на день сублінгвально.

Тривалість та дозування: до одужання (3-4 дні).

Було проведено опитування за наступними позиціями: біль в горлі в спокій, біль в горлі при ковчання, відчуття сухості в горлі, загальне самопочуття з першого дня.

За результатами дослідження в першій групі хворі перестали пред'являти зазначені скарги на 5-7 день, в другій – через 3-4 дні. Побічних ефектів та алергічних реакцій при призначенні «Трахисана» нами відмічено не було.

Таким чином, застосування «Трахисана» дозволяє значно зменшити скарги на біль в горлі та провести профілактику вторинних фарингітів, стоматитів та інших запальних захворювань зева.

© Е.В. Сміянов, В.А. Сміянов, 2015

Є.В. СМІЯНОВ, В.А. СМІЯНОВ (СУМИ, УКРАЇНА)

МОЖЛИВОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОЇДИТУ У ДОРОСЛИХ

Вплив захворювань глоткового мигдалика на стан порожнини носа, слухової труби та глотки добре вивчені у дитячій практиці. По між тим зустрічаються лише відривчасті дані про частоту гіпертрофії глоткового мигдалика та впливу цієї патології на стан ЛОР органів у дорослих пацієнтів. Діагностика та лікування патологічних станів носоглотки залишається однією із проблем оториноларингології, що потребує подальшого удосконалення.

Метою дослідження було дослідити можливість застосування розширеної схеми консервативного лікування аденоїдиту у дорослих в амбулаторних умовах.

Обстежено 44 хворих у віці від 18 до 55 років (31 чоловік та 13 жінок) з гіпертрофією глоткового мигдалика різного ступеня. Обстеження кожного хворого включало: збір скарг, анамнезу, риноскопію, отоскопію, фарингоскопію, непрямі ларингоскопію, рентгенографії навколونосових пазух, лабораторні методи дослідження, за необхідності проводилась комп'ютерна томографія навколо носових пазух. Стан порожнини носа, носоглотки, вічок слухових труб, глоткового мигдалика уточню-

вали за допомогою 4мм 30° ригідного риноскопа.

Хворі скаржилися на утруднення носового дихання, виділення з носу, зтікання слизу по задній стінці глотки, хрипіння, вимушене тривале вживання судинорозширюючих крапель, головний біль.

Основні скарги у хворих з I ступенем гіпертрофії ГМ були на утруднення носового дихання та зтікання слизу по задній стінці глотки, при II ступені – на утруднення носового дихання, зтікання слизу по задній стінці глотки та хрипіння, при III – на утруднення носового дихання, зтікання слизу по задній стінці глотки, хрипіння та виділення з носу.

Після збору анамнезу стало відомо, що 59% (26) хворих у минулому мали оперативні втручання у порожнині носа або носоглотки. Так у 12 хворих у дитинстві була виконана аденомія, у 5 – підслизова резекція носової перегородки або крістотомія, у 7 – вазотомія, у 2 – поліпотомія.

При першому огляді зі згоди хворих виконувалась біопсія лімфоїдної тканини носоглотки. Пацієнти у яких була знайдена 3 ст гіперт-

рофії глоткового мигдалика – 8 хворих або 18% були госпіталізовані у ЛОР стаціонар для виконання аденотомії та були виключені з подальшого дослідження.

Хворі з гіпертрофією 1-2 ст. в залежності від обраного методу лікування були розділені на 2 клінічні групи. В І групу входили 18 пацієнтів, гіпертрофією ГМ 1 та 2 ст., яким проводилась стандартна консервативна терапія, II група – 17 хворих з гіпертрофією ГМ 1 та 2 ст., яким проводилась консервативна терапія за розширеною схемою.

Консервативне лікування включало: промивання порожнини носа та носоглотки розчинами антисептиків методом переміщення, топічні стероїди та за наявності супутньої гнійної патології – системна антибіотикотерапія.

Хворим II групи до консервативного лікування введено цинабсин 2 т 3 рази на добу 14 днів та тонзилотрен 2 т 3 рази на добу протягом місяця.

Ефективність проведеного лікування базувалась на вивченні динаміки зміни суб'єктивних скарг хворих та об'єктивних даних (відновлення носового дихання, нормалізація ендоскопічної

картини носоглотки), відсутності рецидиву при спостереженні протягом року.

Порушення носового дихання та зменшення виділень по задній стінці глотки зникали у хворих I групи – на 7–8 день, у хворих II групи на 3–5 день. Відновлення нормальної ендоскопічної картини відбувалося у пацієнтів II групи на 14 день. У хворих I групи на 5–7 день зникли гіперемія слизової глоткового мигдалика, зменшувалася кількість вмісту борозенок мигдалика, мигдалик дещо зменшувався у розмірах, але вже через 1 місяць при ендоскопічному огляді констатовувалася наявність патологічного вмісту та гіперемія ГМ, тобто явища аденоїдиту.

При спостереженні протягом року рецидив аденоїдиту спостерігався у 65% хворих I групи, у 28% хворих II групи.

Проведений аналіз результатів лікування показав, що консервативне лікування із застосуванням в комплексному лікуванні препаратів «Цинабсин» та «Тонзилотрен» в амбулаторних умовах відсоток рецидивів протягом року сягає 28% та дає позитивний результат у 72% випадків.

© Є.В. Сміянов, В.А. Сміянов, 2015

Д.С. СОЛОМКО, О.В. МАКАРЕНКО (ДНІПРОПЕТРОВСЬК, УКРАЇНА)

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СИНУСИТУ

Гострі запальні захворювання носа, зокрема, носових пазух є актуальною проблемою сучасної оториноларингології та клінічної медицини в цілому, що пояснюється високим рівнем поширеності цих захворювань і їх суттєвою роллю у формуванні важких ускладнень, діагностики і лікування яких часто вимагають міждисциплінарного підходу.

Антибактеріальна терапія як цілком закономірний етап еволюції поглядів на способи і методи лікування синуситів до теперішнього часу не втрачає своєї актуальності і є предметом дискусій. Розходи стаціонарів на придбання лікарських засобів в середньому складають 15-20% загального бюджету, з них на долю антимікробних препаратів приходить 50-60%, що стимулює пошук нових підходів до їх раціонального використання.

Зменшення витрат на лікування синуситів може бути забезпечене за рахунок впровадження оптимальних схем терапії даної патології та нових підходів до організації лікувальних заходів. Проблема раціональної і економічної ефективності антибіотикотерапії є однією з найбільш

складних у клінічній практиці. Реальна вартість антибактеріальної терапії, котра проводиться в умовах стаціонару, включає:

Закупочну вартість антибактеріального препарату;

Вартість розподілу препарату – система і сформована практика призначення препарату;

Вартість введення препарату – вартість та амортизація обладнання та розхідних матеріалів, та також часові витрати медичного персоналу на проведення відповідних маніпуляцій;

Лабораторний контроль.

Враховуючі, що розходи на антибактеріальні препарати в структурі загальних витрат в лікуванні синуситів найбільш значущі, вивчення ефективних схем лікування, котрі визначаються економічною рентабельністю, має велике значення.

Найбільш часто з метою зниження витрат на антибіотикотерапію наступні стратегії:

- Використання таблетованих антибіотиків;
- Використання генеричних представників;

- Використання ступеневої схеми антибіотикотерапії;
- Використання більш ефективних та безпечних (по даним доказової медицини) препаратів;
- Адміністративно-організаційні підходи (використання скринінгових шкал, введення та поліпшення формулярного списку антибіотиків, підвищення кваліфікації лікарів).

Передбачувана економічна перевага генеричних антибактеріальних препаратів у зв'язку з їх більш низькою вартістю очевидна. Проте, разом з тим з урахуванням клініко-бактеріологічної ефективності та фармакокінетичної біоеквівалентності дані підходи вимагають уточнення та моніторингу.

Нами проаналізовано 234 історії хвороб на гострий синусит та було встановлено, що у

загальній структурі прямих витрат на лікування гострого синуситу середньої тяжкості перебігу вартість курсу лікування досліджуваними антибіотиками відіграє основну роль і становить 50,37-64,58% від усієї вартості терапії (в середньому 58,25%); вартість медичних послуг - 25,28-36,83% (в середньому 29,43%); витрати на терапію при невдачі лікування та зміні антибіотика складають всього 5,86-9,55% (в середньому 7,74%); побічних ефектів - 2,19-3,31% (в середньому 2,68%).

Таким чином, результати даного фармакоекономічного дослідження можуть служити показниками, що відображають сучасний стан витрат на лікування гострого синуситу, а також інструментом для розробки дизайну подальших контрольованих досліджень.

© Д.С. Соломко, О.В. Макаренко, 2015

*М.А. ТВЕРДОХЛІБ., К.О. ПЛЯШКО, Г.Г. ВОЛОШИН, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, В.В. НІКОЛОВ
(БОРЩІВ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)*

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ЛАКУНАРНОЇ АНГІНИ У ДІТЕЙ З ЗАСТОСУВАННЯМ АЕРОЗОЛЮ БІОПАРОКС

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 18 дітей, хворих на лакунарну ангіну, віком від 9 до 17 років.

Діти були поділені на дві групи: основну (10) і контрольну (8). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Діти основної групи отримували аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, контрольної – полоскання горла розчином фурациліну 1:5000 і загальне протизапальне лікування. Аерозоль призначався дитині 4 рази на день по 2 інгаляції через рот і 1 інгаляції в кожний носовий хід.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми або їх батьками, фарингоскопічна картина та показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відзначено інтенсивніший регрес симптомів ангіни у дітей основної групи. Скарги на головний біль, сильний біль в горлі при ковтанні у дітей, що отримували аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, поступово зникли через 5-6 днів у більшості (7) ді-

тей. Решта 3 дітей відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка піднебінних мигдаликів мала рожевий колір, величина мигдаликів була нормальною, нашарування в лакунах мигдаликів відсутні. Температура тіла нормалізовувалась у всіх дітей. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше (до 8-9-го дня лікування). Побічні реакції мали місце у 2 дітей, у яких відмічалась сухість в горлі, покашлювання. Алергічних реакцій не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування аерозолю Біопарокс для місцевого лікування лакунарної ангіни у дітей виявилось ефективним. Аерозоль Біопарокс добре переноситься дітьми, рідко має побічну дію, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії дітей, хворих на лакунарну ангіну. Аерозоль Біопарокс може поповнити арсенал засобів, які застосовуються в місцевому лікуванні лакунарної ангіни у дітей.

© М.А. Твердохліб, К.О. Пляшко, Г.Г. Волошин, В.Г. Корицький, В.В. Ніколов, 2015

*М.А. ТВЕРДОХЛІБ, Г.П. РУДЯК, Л.Р. ДОБОЩУК, І.В. ШЕВАГА, М.І. ГЕРАСИМЮК
(БОРЩІВ, ГУСЯТИН, ЧОРТКІВ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)*

КРАПЛІ НАЗАЛЬНІ МАРИМЕР В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ

Проблема лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу є актуальною в сучасній оториноларингології. Головним в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу, поряд з відновленням дренажу та вентиляції верхньощелепної пазухи, є адекватна антибактерійна терапія. Завдання адекватної антибактерійної терапії може бути вирішене через наявність широкого вибору антибактерійних препаратів. Одним з препаратів місцевої дії є Маример. Ми застосували краплі назальні Маример в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 20 дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, віком від 13 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводились краплі назальні Маример, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Краплі назальні Маример призначались згідно інструкції: по 2 краплі в кожний носовий хід 4 рази на день. В комплекс лікування включали пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотика, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі

результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у дітей основної групи. Так, 80 % дітей, що приймали краплі назальні Маример, вказували на зникнення, 20 % - на зменшення секреції з носа, 90 % - на відновлення носового дихання, 10 % - на його покращення, 90 % - на зникнення, 10 % - на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 80 % дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 70% дітей. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % дітей основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 70 % дітей. Краплі назальні Маример всіма дітьми переносилися добре, алергійних реакцій та інших побічних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування крапель назальних Маример в комплексному лікуванні дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, підвищує ефективність терапії дітей з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати краплі назальні Маример для місцевого лікування дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит. Краплі назальні Маример можуть поповнити арсенал середників місцевої дії, що використовуються в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей.

© М.А. Твердохліб, Г.П. Рудяк, Л.Р. Добощук, І.В. Шевага, М.І. Герасимюк, 2015

Ж.А. ТЕРЕЩЕНКО, О.О. ОСТРОВСЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО СИНУЇТУ У ХВОРИХ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

За даними М.І. Говоруна та співавторів (2012), під час епідемії грипу частота виявлення гострих запальних захворювань приносних па-

зух (ПНП) становить від 2 до 61,5% від загального числа хворих на ГРВІ. Враховуючи такий великий діапазон коливань нами вирішено про-

вести ЛОР-обстеження та додаткове дослідження хворих, що лікувались в терапевтичному відділені КМКЛ №12 з приводу пневмонії, які серед етіологічного фактору виникнення запалення легень вказували захворювання на ГРВІ та не пред'являли скарг з боку ЛОР-органів.

З цією метою нами проведено обстеження 75 осіб на пневмонію (54 жінки та 21 чоловік, віком від 27 до 64 років). Із загальної кількості осіб під час детального збору анамнезу у 6 хворих були виявлені скарги на утруднення носового дихання, у 8 – на періодичні слизово-гнійні виділення з носа та у 21 – на помірний головний біль без чіткої локалізації. Під час огляду порожнини носа – патологічного вмісту в загальному та середньому носових ходах виявлено не було. З метою дообстеження всім хворим виконано рентгенологічне дослідження приносних пазух. Згідно результатів рентгенологічного обстеження ознаки запального враження приносних пазух виявлено у 14 осіб на пневмонію, що склало 18,5%. Серед них переважно гайморит (двобічний – 10 осіб (13,3%), однобічний – 1 хворий (1,3%)), 2 хворих з лівобічним гемисинуїтом (2,6%) та 1 хворий з двобічним гайморитом та двобічним фронтитом (1,3%). Рентге-

нологічні зміни виявлялись у вигляді набряку слизової оболонки ПНП – пристінкове затемнення (4 хворих – 5,3%), неомогенного затемнення – «завуальованість» пазухи (6 хворих – 7,9%) та рівня рідини (4 хворих – 5,3%).

Всім хворим з рентгенологічно діагностованим запаленням ПНП призначено місцеве лікування, що включало деконгестанти, іригаційну терапію. Системну антибактеріальну терапію хворі отримували з приводу пневмонії (переважно антибіотики групи цефалоспоринів). Також в комплекс лікування входили муколітики, що призначались терапевтами.

Отже, враховуючі наші результати дослідження, можна стверджувати про наявність так званих «німих» синуїтів, виявляються у 18,6% хворих з пневмонією внаслідок ускладнення ГРВІ. Враховуючи, що «німі» синуїти клінічно перебігаючи безсимптомно, проте діагностуються рентгенологічно, для ефективного своєчасного лікування та попередження розвитку ускладнень і переходу в хронічні форми, бажано всім хворим на негоспітальну пневмонію одночасно з рентгенологічним дослідженням легень проводити рентгенографію ПНП.

© Ж.А. Терещенко, О.О. Островська, 2015

Г.Э. ТИМЕН (КИЕВ, УКРАИНА)

АКВА МАРИС СТРОНГ ИЛИ ЧТО-ЛИБО ДРУГОЕ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ?

Среди большого количества растворов, в частности, гипертонических, используемых для полосканий, промываний, ирригации, увлажнения, разжижения (секретолитизиса), аппликации, дегидратации (устранения отека), очищения экссудата, а также слизистой оболочки носа, околоносовых пазух и верхних дыхательных путей – Аква Марис Стронг (АМС) занимает ведущее место (Богомильский М.Р., Гарашенко Т.И. и соавт., 2007, 2009-2012; Карпова Е.П., Соколова М.В., 2007, Абызов Р.А. и соавт., 2010; Лавренова и Вертоголов А.Е., Кокоркин Д.Н., Шаменко В.А. 2012; Овчаренко Л.С. и соавт., Rabado D et al., 200., Solomon H.R., 2003., Rabado D., 2003., Friedman M. et al., 2006., Harvey et al., 2007., Wei et al., 2011 и мн. др.).

С нашей точки зрения, столь многообразное и однозначно позитивное действие АМС при острых и хронических заболеваниях полости носа, околоносовых пазух и носоглотки заключается в двух основных факторах: во-первых, в абсолютной природности препарата

– стерильная морская вода из заповедных зон Адриатики. Содержит все необходимые элементы для защиты и жизнедеятельности слизистой оболочки и др. тканей организма: натрий, калий, кальций, магний, хлор, бром, ионы HCO_3 , SO_4 . Между прочим, перечисленные микроэлементы улучшают функцию мерцательного эпителия, способствуют повышению местного иммунитета и оказывают местное противовоспалительное действие (Rabago D. et al., 2002-2003; Wei S., et al., 2011). Во-вторых, а может быть во-первых, всем врачам, в том числе, конечно, и отоларингологам прекрасно известно, что второй, за альтерацией (раздражением), первой стадией воспаления следует вторая, отек (эдема), вызывающий основную массу клинических проявлений: затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, носоглотки, головной боли. У большинства больных риносинуситом или аденоидитом отек слизистой или лимфоидной ткани приводит к дисфункции слуховых труб – и, как следствие, часто, к сек-

реторному среднему отиту. Более того, отек слизистой оболочки естественных отверстий околоносовых пазух, вплоть до их закупорки, неминуемо приводит, за счет рассасывания в них воздуха, к отрицательному давлению, с возможностью выпота в полость с последующим его инфицированием, что, наверняка, осложнит клинические проявления заболевания. Для предупреждения такого развития клинической картины и необходимо использование АМС, как мягкого (обычные деконгестанты значительно грубее, т.к., действуя адренэргически, суживают сосуды слизистой оболочки, что затрудняет адекватный подвоз иммуноло-

гически активных компонентов и ухудшает трофику) дегидратационного средства, уменьшающего отек за счет удаления избыточной жидкости из межклеточных пространств. В противоположность некоторым деконгестантам АМС не травмирует слизистую оболочку и обладает рядом других лечебных свойств.

Могу заключить, что все написанное – это данные серьезной научной литературы по исследованию Аква Марис Стронг (см. первый абзац) и моего большого личного врачебного опыта. Поэтому сегодня я не вижу альтернативы этому препарату и снимаю вопрос с названия тезисов.

© Г.Э. Тимен, 2015

Г.Э. ТИМЕН (КИЕВ, УКРАИНА)

ОСТРЫЙ ФАРИНГИТ У ДЕТЕЙ

Острый фарингит у детей – одно из наиболее распространенных заболеваний, тем более, если в это понятие включить воспаление задней стенки глотки при ОРВИ. По данным статистики дети болеют острым фарингитом в 2-2,5 раза чаще, чем взрослые. И если среди последних чаще болеют мужчины, то среди мальчиков и девочек, в этом отношении, – паритет.

По данным Bisno, 2005, наиболее частым возбудителем острого фарингита являются вирусы (38%), затем следуют бактерии: В-гемолитический стрептококк группы «А» - в 20%, а групп «С» и «G» - в 6%, хламидии, грибы – до 6%, а в 30% наблюдений установить возбудителя не представляется возможным. Помимо острых фарингитов инфекционного характера встречаются аллергические, травматические (различного рода механические ранения, нанесенные, в том числе, инородными телами), температурные, щелочные, и кислотные. Острый фарингит в сочетании с острой банальной ангиной иногда называют острым тонзиллофарингитом. Возникновению фарингита способствуют частые простудные заболевания, переохлаждения, неблагоприятная экология или климатические условия, не очищенная вода, снижение иммунного ответа организма, а также другие инфекционные заболевания. Каждый из этих факторов может способствовать активации микрофлоры, вегетирующей на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, и переходу ее в патогенную.

Диагностика этого заболевания довольно проста: першение, неприятные ощущения, дис-

комфорт и боль в глотке, особенно, при глотании, головная боль, повышение температуры тела, иногда до высоких цифр, могут быть ознобы, слабость. Часто заболевание сопровождается подчелюстным, (переднешейным) лимфоаденитом). При орофарингокопии – задняя стенка глотки гиперемирована (в разной степени), вместе с подлежащими подслизистыми лимфоузлами и лимфоидными скоплениями. Выражена инъекция сосудов слизистой оболочки задней стенки глотки. Возможна экзантема мягкого неба. Иногда воспаляются только подслизистые лимфоидные гранулы – острый гранулезный фарингит, по мнению ряда отоларингологов. Когда изолировано воспаляются боковые лимфоидные валики, говорят об остром боковом фарингите.

Поскольку фарингит этиологически относится к инфекционным заболеваниям, то, естественно, лечение должно начинаться с борьбы с микробами, вирусами, грибами и т.д.. Все становится понятным, если есть данные посева флоры, и еще лучше, когда растут колонии идентифицированного микроба и определена его чувствительность к антибиотикам (антибиотикограмма). Но, увы! Всем известно, как скоро ее можно получить! Более того, вирусы чаще других инфекционных возбудителей являются причиной острого фарингита. Для вируса характерно наличие острого ринита конъюнктивита, кашля, иногда диареи, осиплости голоса (сопутствующий ларингит), возраст 5-15 лет и др. Поэтому клиника (внезапное начало, лихорадка, тошнота, рвота, лимфаденит, скарлатиноподоб-

ная сыпь – намого чаще наблюдаются при стрептококковой инфекции) и субъективные ощущения больного вполне достаточны для проведения адекватного лечения.

Интересно знать, что в Рекомендациях ВОЗ у детей старше 3-х месяцев без фебрильных судорог в анамнезе снижать температуру тела следует начинать, когда она выше 39,0-39,5*С.

Естественно, как того и требуют “Протоколы...», медикаментозное лечение острого фарингита у детей сочетает системное лечение с местным. Подчеркиваю, что если речь идет, например о фарингите средне тяжелого или тяжелого течения, вызванном бета гемолитическим стрептококком группы «А» (БГСА), то местное лечение может рассматриваться только, как дополнение к адекватной системной антибактериальной, дезинтоксикационной, жаропонижающей, витаминно- и иммунной терапии.

Местная терапия очень разнообразна и может включать полоскания отварами или разбавленными настояками различных растений, или растворы, приготовленные из различных

медикаментов, в том числе местных антибактериальных препаратов и антимикотических средств, антисептических, местно анестезирующих, иммунокорректирующих препаратов и т.д. Промышленность выпускает их в виде таблеток, леденцов, аэрозолей и т.п.

Что касается нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), то среди их большого многообразия одну из наиболее доказательных баз позитивного действия на местные проявления фарингита, имеет ацетоминофен (Тантум Верде). По механизму действия он блокирует выработку одного из наиболее агрессивных факторов воспаления-лейкотриены. Клинически это означает снятие, практически, всех местных симптомов, острого фарингита, включая боль, першение, дискомфорт, чувство инородного тела, гиперемия. Мой многолетний опыт использования этого препарата подтверждает заключение многочисленных коллег, что обе формы ацетоминофена – полоскание и спрей могут считаться препаратами выбора в комплексном лечении местных проявлений острого фарингита у детей.

© Г.Э. Тимен, 2015

Ф.О. ТИШКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЯ ПАРАЛІТИЧНОГО СТЕНОЗУ ГОРТАНІ: ДВА ВАРІАНТИ

Паралітичні стенози гортані проявляються порушенням дихання різного ступеню. Найчастішою причиною є травми нижньогортанного поворотного нерва. Голосові складки займають медіанне або парамедіанне положення.

З метою розширення голосової щілини проводяться лікування тільки хірургічне.

Існують методи:

Хордотомія і хордоаритеноїдотомія за методом С.Я. Бокштейна.

Латерофіксація голосової складки за методом А.І. Юніної через вікно в щитоподібному хрящі, голосова складка фіксується швом до опорних тканин.

Латерофіксація еластичного конуса з хордоаритеноїдотомією ендоскопічним підходом досягається шляхом резекції задніх 2/3 голосової складки та резекцією голосового відростку черпакоподібного хряща за нашою методикою (власний метод).

Екларінгеальна латерофіксація голосової складки досягається шляхом підшивання її до заднього краю пластинки щитоподібного

хряща (власна модифікація) і проводиться через шийний доступ до m. posticus і виконується у випадках, коли неможливо провести операцію ендоскопічним шляхом.

Щоб відвести голосову складку латерально, прошивається еластичний конус (голосова складка) біля верхівки голосового відростку і фіксується до заднього краю пластинки щитоподібного відростку, що дає можливість, розширивши голосову щілину, усунути стеноз гортані.

За 30-ти річний період нами прооперовано більш як 250 пацієнтів з хорошим результатом.

Останнім часом в передопераційному та після операційному періодах для зменшення болю, профілактики запалення та небезпечного набряку глотки та гортані нами використовується препарат Тантум Верде (бензіаміда гідрохлориду 1,5 мг/мл) у формі спрею, який має саме ці властивості і використання його при ендоскопічних операціях на гортані та глотці є доцільним.

Висновки:

1. Метод ендоскопічної хірургії паралітичних стенозів гортані є ощадливим і надійним.

2. Для збереження голосу проводиться звуження передньої 1/3 голосової щілини за рахунок переміщення голосового м'язу вперед та мобілізації еластичного конусу.

3. За наявності протипоказань для проведення ендоскопічної хірургії паралітичних стенозів, як доступу до голосового апарату, показана екстраларингеальна латерофіксація голосової складки.

4. Отримані позитивні результати. Рецидиви стенозу не спостерігалося при термінах спостереження від 1 до 30 років.

© Ф.О. Тишко, 2015

*Ф.О. ТИШКО, С.Г. ГИЧКА, В.Г. СТАСЬ, О.І. ВІЛЬЧИНСЬКИЙ, Ю.В. ПАСКЕВИЧ
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Хронічний тонзиліт залишається бути медичною проблемою і в наші дні. Не зважаючи на відносне збільшення в Україні хворих на хронічний тонзиліт кількість тонзилектомій зменшується, але збільшується кількість тонзілогенних ускладнень і в першу чергу таких, як паратонзиліт та паратонзиллярний абсцес. Застосування різноманітних лікарських засобів не вирішує проблему хронічного тонзиліту.

Останнім часом звертається увага на розробку так званих органозберігаючих операцій. З цієї метою використовують найбільш поширені методи, як кріодеструкцію піднебінних мигдаликів та високоенергетичний лазер. Однак, ці методи належать до операцій часткового характеру, тобто до тонзилотомій. Застосування таких методів пов'язано з необхідністю збереження мигдаликів як імунокомпетентного органу.

З точки зору будови і фізіології піднебінних мигдаликів слід відмітити, що в піднебінних мигдаликах є велика кількість первинних (до 20) і ще більша кількість вторинних крипт (лакун), що значно збільшує поверхню органодних утворень, спричиняючи ефективний контакт антигенних субстратів з лімфоїдною тканиною, що виконує функцію первинного бар'єру інфекції на початку дихального і травного шляхів. І в цьому велика роль належить кріптолімфону, як складової частини лакун (крипт).

Ось чому методи, що направлені на розширення виходів із лакун викликають сумнів щодо їх доцільності. З одного боку руйнуються кріптолімфони, а з другого – в процесі загоювання лакуни рубцюються, що порушує в майбутньому їх дренажну функцію.

З цієї точки зору механічні розрізи лакун вимагають подальшого дослідження щодо їх ефективності. Що стосується тонзилотомії за

допомогою кріодеструкції та лазерної тонзилотомії, як органозберігаючих операцій, то їх слід розглядати в тій же площині. Залишені ділянки лакун в містах розрізу звужуються або рубцюються повністю, що порушує їх дренажну функцію.

З метою обґрунтування доцільності тонзилектомії, як методу хірургічного лікування хворих на хронічний тонзиліт декомпенсованої форми видалених мигдаликів 35 хворих на хронічний тонзиліт нами проведена низка загальногістологічних та гістохімічних методів дослідження.

Аналіз результатів свідчить про те, що в мигдаликах при хронічному декомпенсованому тонзиліті виникають морфологічні зміни, що ведуть до втрати ними бар'єрних властивостей. Відбуваються патологічні зміни і в лакунах (криптах) мигдаликів, спричиняючи порушення їх функції.

Встановлено, що крипти (лакуни) значно розширюються, містять в своїх порожнинах велику кількість інфікованого детриту і запального ексудату. З частини крипт формуються епітеліальні кісти з аналогічним вмістом. Ці утворення є постійним джерелом інфекції.

Слизова (епітеліальна) вистилка крипт втрачає нормальну гістоархітектуру і страйфікований клітинний склад, що не дає змоги імунокомпонентним клітинам адекватно виконувати свою функцію, тобто руйнується сам кріптолімфону. Епітеліальний пласт інфільтрується ефекторними клітинами (поліморфноядерні нейтрофіли, активні макрофаги, плазматичні клітини), які беруть не себе бар'єрну функцію, але в подальшому спричиняють пошкодження епітеліальної вистилки – формується патологічне коло.

Поряд з кріптами, змінюється клітинний склад і будова строми лімфоїдної тканини: зростає кількість незрілих клітин, значну частину складають неімунні запальні елементи, строма втрачає еластичність і спроможність до деформації за рахунок розростання сполучної тканини і в результаті чого страждає евакуаторна функція кріпт (лакун).

Таким чином, виявлені глибокі і незворотні морфологічні зміни (Ф.О. Тишко, С.Г. Гичка, 2004) мигдаликів хворих на декомпенсовану форму хронічного тонзиліту і в першу чергу це відноситься до змін в кріптах (лакунах) піднебінних мигдаликів. Застосування кріодеструкції, а тим паче високоенергетичного лазера шляхом точкового лазерного впливу на вустя лакун при компенсованій формі хронічного тонзиліту чи лазерної тонзилотомії при декомпенсованій формі чи взагалі будь-якої тонзилотомії додатково

руйнує кріптолімфон і спричиняє рубцювання за новоутворених вусть лакун, порушуючи їх самосанацію. Всі ці зміни в мигдаликах потребують подальших наукових розробок в доцільності органозберігаючих операцій по відношенню до піднебінних мигдаликів.

Найбільш ефективним хірургічним методом лікування хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт, враховуючи грубі незворотні зміни в мигдаликах, залишається екстракапсулярна тонзилектомія.

Що стосується консервативного лікування хворих на декомпенсовану форму хронічного тонзиліту, то найбільш ефективним методом є промивання лакун лікарськими засобами.

Останнім часом найкраще зарекомендував себе лікувальний препарат – розчин бензидаміна гідрохлорид 1,5мг/мл, який має протизапальну, антимікробну та анелгезуючу дію.

© Ф.О. Тишко, С.Г. Гичка, В.Г. Стась, О.І. Вільчинський, Ю.В. Паскевич, 2015

Ф.О. ТИШКО, В.Л. ДІДКОВСЬКИЙ, Ж.А. ТЕРЕЩЕНКО, О.О. ОСТРОВСЬКА, В.Г. СТАСЬ, М.П. УМАНЕЦЬ, С.В. ШМАРОВА, Н.Л. ЦУКІНА, П.В. СТАСЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

За дослідженнями останніх років не спостерігається тенденції до зниження захворюваності на гнійно-запальні захворювання з локалізацією в глотці і гортані, а за даними деяких авторів навіть спостерігається незначний їх ріст (Мітін Ю.В., 2010; Шкорботун В.О., 2006; Гарюк Г.І., 2006). Деякі з них такі як паратонзиллярний та парафарингеальний абсцес, абсцес надгортанника, епіглотит, флегмонозний ларингіт при несвоєчасній діагностиці, лікуванні та без урахування особливостей перебігу супутніх соматичних хвороб, як, наприклад, цукровий діабет 2 типу, можуть призводити до розвитку ускладнень небезпечних для життя – аденофлегмон та розлитих флегмон ший.

В ЛОР-клініці НМУ імені О.О. Богомольця на базі КМКЛ № 12 протягом останніх 3-х років на лікуванні перебувало 24 пацієнта, віком 45-71 рік, на гнійно-запальні захворювання глотки та гортані, що мали цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Серед них одинадцять хворих на паратонзиллярний абсцес, 2 хворих з парафарингеальним абсцесом, 3 хворих з абсцесом надгортанника, 4 осіб з епіглотитом, 2 осіб з флегмонозним ларингітом та 2 хворих з флегмоною ший (1 – гнійна форма, 1 – гнилісна форма). Із анамнезу відомо,

що систематичної діагностики, контролю та лікування цукрового діабету не проводили. Серед обстежених пацієнтів розвиток захворювання 7 осіб пов'язували з місцевим переохолодженням, 3 – внаслідок ГРВІ та 5 – внаслідок порушення режиму дієтичного харчування (вживання надмірної кількості солодких продуктів), 9 хворих не могли вказати ймовірну причину розвитку гнійно-запального захворюваннями гортані/глотки.

Серед клінічних проявів гнійно-запальних захворювань глотки та гортані у хворих на цукровий діабет 2 типу на перший план виступав швидкий розвиток симптомів захворювання, наростання інтоксикації, симптомів набряку гортані та, особливо, симптомів гіперглікемії. Проте гіпертермія та місцевий больовий симптом були виражені не так яскраво, як у хворих з нормальними показниками глюкози крові.

При лікуванні таких хворих застосовувався наступний алгоритм лікування: першочергово широкий розтин та дренивання абсцесу (при паратонзиллярному, парафарингеальному абсцесі та абсцесі надгортанника), негайна ревзія та дренивання переднього, заднього навкологлот-

кових та заглоткового простору з веденням рани «відкрито» та щоденними промиваннями антисептичними розчинами та призначення медикаментозного лікування – антибактеріальної терапії – переважно цефалоспоринів II-III покоління (в разі флегмони ший додатково фторхінолони), системних глюкокортикоїдів, петлевих діуретиків, антигістамінних препаратів та дезінтоксикаційної терапії. Лікування цукрового діабету у шістнадцяти хворих (9 хворих на паратонзиллярний абсцес, 1 хворий на парафарингеальний абсцес, 2 з абсцесом надгортанника, 4 хворих з епіглотитом) проводили використовуючи таблетовані цукорознижуючі препарати у відповідних дозах. Восьми хворим з цукровим діабетом 2 типу, які раніше приймали таблетовані цукорознижуючі препарати (2 осіб на паратонзиллярний абсцес, 1 хворий – на парафарингеальний абсцес,

1 – з абсцесом надгортанника, 2 пацієнтів – з флегмонозним ларингітом та 2 осіб на флегмону ший) проводилась інсулінотерапія коротким курсом.

Слід відмітити, що за нашими спостереженнями більш якісний результат (присорення репаративних процесів в післяопераційному періоді) отримано у хворих на гнійно-запальні захворювання глотки та гортані, яким для лікування ЦД було призначено інсулінотерапію..

Таким чином: 1) пацієнтам на ЦД 2 типу в разі розвитку гнійного запалення глотки та гортані необхідне застосування негайного комплексного лікування; 2) хворим на ЦД 2 типу з наявністю гнійного запалення глотки і гортані слід в схему лікування включати інсулінотерапію коротким курсом, що покращує репаративні процеси в рані та прискорює одужання.

© Ф.О. Тишко, В.Л. Дідковський, Ж.А. Терещенко, О.О. Островська, В.Г. Стась, М.П. Уманець, С.В. Шмарова, Н.Л. Щукіна, П.В. Стась, 2015

*Ф.О. ТИШКО, І.О. КУЗЬМУК, В.В. ГОЛОВКО, Н.Л. ЩУКІНА, Ю.В. ПАСКЕВИЧ
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

ВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ЛОР-ОРГАНІВ ТА СУМІЖНИХ ОБЛАСТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ: ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ

У воєнних конфліктах пошкодження голови, ший та їх органів (носа, приносових пазух, органу слуху, органу зору, глотки, гортані, трахеї, стравоходу, щитоподібної залози, нервів та магістральних судин) вогнепальною зброєю є масовими, здебільшого комбінованими, забрудненими та небезпечними, як в період поранення так і у віддаленому періоді. Особливо небезпечні вогнепальні (пульові, осколочні) поранення в бойових умовах, що не дають можливості надати невідкладну допомогу. Смерть настає від болювого шоку, асфіксії, масивних кровотеч, поранення мозку та інших причин. Травми голови і ший нерідко поєднуються з травмами кінцівок та внутрішніх органів.

Пошкодження ЛОР-органів зустрічаються: ізольовані, комбіновані (комплексні); дотикові (поряд із органом); сліпі; проникаючі в органи; наскрізні. Алгоритм надання медичної допомоги, в тому числі хірургічної, знаходиться в прямій залежності від обставин, від стану пацієнта, характеру та локалізації травми та прогнозування наслідків.

Надання медичної допомоги пораненим в зоні бойових дій здійснюється від нульового рівня:

- боротьба з шоком;
- туалет рани;
- зупинка кровотечі;
- накладання стерильних пов'язок;
- профілактика правця;
- відновлення адекватного дихання (введення трахеоканюлі в гортань чи трахею через раньовий канал або проводиться трахеостомія (коніко- чи крікоконікотомія) та введення трахеоканюлі;
 - санація дихальних шляхів: аспірація (крові, слизу) і т.ін.;
 - відновлення гемодинаміки (переливання крові, її замінників), усунення гіповолемії, введення серцевих глікозидів та інше;
 - введення езофагально-гастрального зонда для харчування;
 - проводиться евакуація в прифронтові госпіталі.
- Загальнолікарська та спеціалізована медична допомога в прифронтових госпіталях надається в такому порядку:
 - встановлюється характер пошкодження та проводиться етапне лікування;
 - надається спеціалізована допомога (при можливості);

- проводяться профілактичні міри, направлені на боротьбу з ускладненнями (антибактеріальна терапія, усунення гіповолемії, відновлення серцево-судинної діяльності, дихання, харчування);

- за необхідності ведеться підготовка до подальшої евакуації поранених в тилі (фронті) госпіталі для реабілітації в спеціалізованих госпіталях типу „Голова і шия”, де є відповідні спеціалісти.

Лікування в умовах тилі госпіталів проводиться у відділеннях за відповідним профілем і направлена на реабілітацію постраждалих. Оцінюється стан поранених та характер травми, її локалізація.

Пошкодження носа та приносових синусів вимагає хірургічного втручання по відновленню форми і функції носа та обличчя, приносових пазух та застосовуються міри з запобігання ускладнень, що досягається шляхом ревізії та санації ран, відновлення архітекτονіки органу.

Пошкодження глотки комбінується з пошкодженням лицевого черепа та шиї (гортані) і поєднується з відривом гортані від під'язикової кістки, різновидами пошкодженнями гортані та граничних областей. В таких випадках одночасно проводяться відновлювально-реконструктивні операції всієї ланки пошкодження одночасно.

Пошкодження гортані, трахеї, стравоходу та граничних областей є найбільш складними і трудомісткими хірургічними втручаннями. Необхідно відновити дихальну, голосову, ковтальну-розподільну функції гортані та захисну.

Метод операції залежить від об'єму пошкодження та часу з моменту поранення та наявності ускладнення. Застосовуються різноманітні методи відновлювально-реконструктивних операцій: ларингостомія, ларинготрахеостомія, репозиція хрящового скелету, усунення дефектів слизової оболонки та хрящового скелету (часто із ознаками хондроперихондриту). За наявності комбінованих пошкоджень, а це часто поранення обличчя (верхньої та нижньої щелепи), шиї (гортані, трахеї, стравоходу) та навколишніх областей, в першу чергу необхідно відновити кістковий скелет, до якого прикріпити суміжні пошкоджені ділянки. Це особливо важливо за наявності відриву гортані від під'язикової кістки, від дна порожнини рота і від глотки в цілому. Після усунення дефектів вище розташованих областей необхідно провести операцію ларингопексію з метою відновлення не тільки дихальної функції, але і розподільної функції гортані, що відновлює механізм ковтання.

За наявності пошкодження гортані багатооскольчатими переломами хрящового скелету

гортані відновлення гортані досягається ларингостомією, що дає можливість відновити порожнину гортані та її скелет. Безумовно, що доки не сформується гортань, пошкоджену трахею з'єднати з нею шляхом трахеогортанного анастомозу неможливо. Відновлення трахеї проводиться згодом (в трахеї знаходиться трахеостомічна трубка) шляхом резекції проксимального зруйнованого кінця трахеї, мобілізації її грудного відділу та утворення циркулярного трахеогортанного анастомозу. Таку операцію в умовах комбінованих травм шиї та інфікованих ран одночасно з відновленням гортані проводити недоцільно. Такий алгоритм хірургічної допомоги дає можливість максимально використати трахею для відновлення дефектів деяких ділянок хрящового скелету та слизової оболонки трахеї. При цьому слід враховувати можливе пошкодження рухливої іннервації голосових складок гортані за рахунок травми нижньогортанних поворотних нервів, що є причиною паралітичних стенозів гортані. Паралельно з відновленням функцій гортані та трахеї проводиться відновлення глотки та шийного відділу стравоходу.

Серед пошкодження органу слуху зустрічається: рвані та кульові поранення вушної раковини та слухового проходу. В таких випадках проводиться туалет рани та накладання швів, пов'язок. В тилі госпіталів проводиться реконструктивно-відновлювальні операції в разі деформації чи дефекту вушної раковини, чи атрезії слухового проходу. Розриви барабанних перетинок внаслідок ударної хвилі, як правило заживають самостійно або проводиться мірингопластика. Розриви барабанних перетинок внаслідок перелому основи черепа супроводжуються ліквореєю та перфорацією барабанної перетинки. Лікування доцільно проводити в нейрохірургічному відділенні. Лікування травм середнього вуха, в тому числі соскоподібного відростка залежить від розміру та локалізації пошкоджень, а також з урахуванням пошкодження сусідніх областей. Травми внутрішнього вуха в першу чергу проявляється лабіринтною атакою та повною втратою слуху. Лікування направлене на ліквідацію лабіринтної атаки (можливо хірургічне).

Висновок

1. Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів, як правило є комбінованими, складними, інвалідизуючими або смертельними.

2. Поранені потребують термінової допомоги, особливо з пошкодженнями гортані та трахеї: – негайного відновлення дихання і зупинки кровотеч, боротьби з гіповолемією і ускладненнями, починаючи з нульового рівня.

3. Проводиться першочергова евакуація у фронтіві госпіталі „Голова і шия”.

4. Комбіновані травми ЛОР-органів належать до компетенції лікарів-оториноларин-

гологів, нейрохірургів, офтальмологів, торакальних хірургів, відповідного оснащення та підготовлених спеціалістів, що забезпечує реабілітацію форми і функції органів.

© Ф.О. Тишко, І.О. Кузьмук, В.В. Головка, Н.Л. Щукіна, Ю.В. Паскевич, 2015

В.И. ТРОЯН, О.В. ЛОБОВА, И.А. СИНАЙКО (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАТОНЗИЛЛИТОМ

Актуальность проблемы лечения больных острым паратонзиллитом обусловлена их широкой распространенностью, возможностью развития тяжелых осложнений в виде парафарингеальных абсцессов, флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи и сепсиса при проведении недостаточно адекватной местной и системной антибактериальной терапии.

Из общего числа госпитализированных в ЛОР-клинику ЗДМУ в 2013-2014 годах нами было обследовано и пролечено 14,7% больных острым паратонзиллитом в стадии абсцедирования в возрасте 19-55 лет. У 87,8% имела место передне-верхняя локализация гнойного процесса, у 10,1% – задняя, у 2,1% – наружная. Стратегия комплексного лечения этой категории больных предусматривала в первую очередь элиминацию гнойного очага.

Значительное место в лечении этого заболевания занимала системная антибиотикотерапия. Выбор антибиотика основывался на чувствительности наиболее типичных возбудителей для этой локализации.

Исходя из вышеизложенного мы до получения антибиограммы назначали препараты первого ряда являющиеся комбинацией ингибиторов В-лактамаз, амоксициллин/клавуланат (20-40 мг/кг), цефтриаксон (40-80 мг/кг). После получения антибиограммы переходили на антибиотики, к которым отсутствовала устойчивость высеянной микрофлоры.

Локальная фармакотерапия проводилась с помощью препарата "Трахисан". Препарат содержит уникальную комбинацию веществ, а именно топический антибиотик тиротрицин, содержащий 80% тироцидина, и 20% грамицидина обладающий бактерицидным действием на микроорганизмы. Спектр действия тиротрицина

распространяется на грамм-положительные кокки, бактерии и некоторые виды грибов, например *Candida albicans*. Второй компонент препарата хлоргексидин и его соли имеют широкий спектр антимикробного действия относительно грамположительных и грамотрицательных бактерий и отвечает наиболее распространенным возбудителям острого паратонзиллита. Входящий в состав препарата местный анестетик лидокаина гидрохлорид уменьшает ощущение боли и дискомфорта в глотке.

Нами проведены наблюдения за 28 пациентами с острым паратонзиллитом в лечении которых применялся "Трахисан". У всех пациентов процесс был односторонним, передней или передне-верхней локализации.

Всем пациентам основной группы: под местной анестезией выполнялось вскрытие паратонзиллярного абсцесса с последующим его дренированием до полной санации паратонзиллярного пространства и проводилась системная антибактериальная терапия препаратами первого ряда с локальной фармакотерапией трахисаном по 8 таблеток в сутки.

Эффективность "Трахисана" оценивали по купированию клинических проявлений заболевания. Так, в исследуемой группе боль в горле прекратилась через $2,8 \pm 0,37$ дней. Сроки лечения составили у них $5,3 \pm 0,67$ дней.

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют, что топический антибактериальный препарат «Трахисан» является высокоэффективным при лечении гнойно-воспалительных заболеваний глотки. Препарат хорошо переносится пациентами, удобен в применении и использоваться в качестве топического антибиотика в комплексном лечении паратонзиллитов.

© В.И. Троян, О.В. Лобова, И.А. Синайко, 2015

ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ

Актуальность темы. Комплекс мероприятий консервативного лечения вазомоторных ринитов (ВР) дополнен нами использованием метода локальной гипотермии слизистой нижних носовых раковин (ЛГНР). По данным литературы локальное холодное воздействие обладает рядом связанных между собой терапевтических действий – анальгетическим, вазоконстрикторным и противоотечным.

Цель исследования – повышение клинической эффективности комплексного консервативного лечения вазомоторных ринитов путем использования метода локальной гипотермии ННР. Об эффективности лечения судили на основании улучшения функции носового дыхания (Па/см³/с), а также нормализации мукоцилиарного клиренса в зависимости от метода лечения ВР. Изучение исследуемых показателей в сравнении с исходным состоянием будет проведено через 3 дня и через 2 месяца после окончания лечения.

Материал и методы исследования. Работа основана на материале обследования и лечения 30 пациентов госпитализированных по поводу ВР в Харьковскую городскую клиническую больницу №30 за период с января 2014 по декабрь 2014 года. Основную группу составили 15 пациентов, которым традиционная консервативная терапия дополнена методом локальной гипотермии. Группу сравнения составили 15 пациентов, которым лечение ВР проведено с помощью традиционных методик.

Комплексное исследование больных проведено с использованием общеклинических, лабораторных, а также оториноларингологических методов диагностики (стандартный ЛОР-осмотр, эндоскопическое исследование полости носа, визуально-аналоговая шкала, сахариновый тест, исследование дыхательной функции при помощи передней активной риноманометрии (ПАРМ) риноманометром "OPTIMUS" (Украина).

Локальная гипотермия ННР больным основной группы обеспечивалась с помощью стационарного аппарата локальной гипотермии в оториноларингологии. Хладагент (вода), циркулирующая по замкнутому кругу, через перистальтический насос подается в активную часть теплообменной камеры, выполненной соответственно рельефу нижней носовой раковины, и возвращается в холодильную камеру, обеспечивающую его постоянную температуру (+2С°).

Результаты и их обсуждение. При анализе исходных показателей ПАРМ установлено, что среднее значение суммарного сопротивления (СС) больных основной группы составило $0,7 \pm 0,08$ Па/см³/с и группы сравнения $0,65 \pm 0,18$ Па/см³/с. Непосредственно после лечения эти показатели составили $0,39 \pm 0,03$ Па/см³/с и $0,49 \pm 0,09$ Па/см³/с соответственно, что свидетельствует о более выраженном эффекте локальной гипотермии в сравнении с традиционным консервативным лечением. Через 2 месяца показатели носового дыхания составили у больных основной группы $0,32 \pm 0,11$ Па/см³/с, а группы сравнения $0,48 \pm 0,17$ Па/см³/с, что свидетельствует о сохранении лучшей функции носового дыхания после лечения ринита методом локальной гипотермии.

Время мукоцилиарного транспорта до начала лечения практически не отличалось в основной и контрольной группах. После лечения этот показатель у больных основной группы в среднем снижался практически вдвое, на 48%, а у больных группы сравнения лишь на 33,5%.

Выводы. Разработанный метод локальной гипотермии, дополняющий традиционное консервативное лечение, обеспечивает более выраженное лечебное действие по данным улучшения функции носового дыхания и показателю мукоцилиарного клиренса в сравнении с традиционным методом лечения ВР.

*І.В. ХОРУЖИЙ, Г.Г. ВОЛОШИН, В.А. БАШИНСЬКИЙ, Б.І. ШЕВАГА, І.О. БІЛЬ
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ АЕРОЗОЛЮ БІОПАРОКС В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ КАТАРАЛЬНОЇ АНГІНИ У ДІТЕЙ

Для лікування катаральної ангіни застосовуються різні середники загальної і місцевої дії. Ми застосували аерозоль Біопарокс в місцевому лікуванні катаральної ангіни у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2011 по 2013 рр. знаходилося 22 дітей, хворих на катаральну ангіну, віком від 8 до 17 років. Діти або їх батьки скаржились, що у дитини відмічаються головний біль, підвищення температури тіла в межах 37,2-38,2 ° С, біль в горлі при ковтанні. Під час фарингоскопії відзначались гіперемія і набряклість піднебінних мигдаликів. В мазках із носа і зіва паличок Лефлера не виділено. Діти були розділені на дві групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 12 дітей, в контрольну – 10. Діти основної групи отримували аерозоль Біопарокс і загальну протизапальну терапію, контрольної – полоскання горла розчином фурациліну 1:5000 і загальну протизапальну терапію. Аерозоль Біопарокс призначався дитині 4 рази на день по 2 інгаляції через рот і 1 інгаляції в кожний носовий хід.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми або їх батьками, фарингоскопічна картина та показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес

симптомів ангіни у дітей основної групи. Скарги на головний біль, біль в горлі при ковтанні у дітей, що приймали аерозоль Біопарокс і загальне протизапальне лікування, поступово зникли через 3-4 дні у більшості (10) дітей. Решта 2 дітей відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: зникали гіперемія і набряклість піднебінних мигдаликів. Температура тіла нормалізувалась у всіх дітей. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше (до 6-7-го дня лікування).

Індивідуальна нестерпність аерозолі Біопарокс мала місце у 3 дітей і виражалась в сухості в горлі і покашлюванні. Алергійних реакцій не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування аерозолі Біопарокс в місцевому лікуванні катаральної ангіни у дітей суттєво покращує самопочуття дітей, значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Аерозоль Біопарокс простий в застосуванні, добре переноситься дітьми, системно не впливає на організм, рідко має побічну дію, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії дітей з вказаною патологією. Аерозоль Біопарокс може поповнити арсенал середників, що використовуються в місцевому лікуванні катаральної ангіни у дітей.

© І.В. Хоружий, Г.Г. Волошин, В.А. Башинський, Б.І. Шевага, І.О. Біль, 2015

*І.В. ХОРУЖИЙ, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯЩАН, О.М. ШКОЛЬНА
(ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ; УКРАЇНА)*

АДЕНОТОМІЯ У ДОРОСЛИХ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДО ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Аденоїдні вегетації у дорослих бувають рідше, ніж у дітей. І хоча не у кожного хворого аденомотомія обов'язково веде до припинення отореї, значення її в усуненні інфікування вуха, особливо у дітей, велике. Не дивлячись на те, що у дорослих аденомотомію доводиться проводити рідше, вона також займає певне місце в арсеналі методів підготовки до тимпанопластики (І.А. Ящан, 1979).

Досвід показує, що техніка виконання аденомотомії у дорослих і дітей дещо відрізняється.

Мова йде про ретельне видалення аденоїдних вегетацій. Слід враховувати, що з віком в тканині горлового мигдалика, особливо при її запальних змінах, збільшується кількість сполучнотканинних елементів, що визначає його більш щільну консистенцію. Це впливає як на процес зрізання аденоїдних вегетацій, так і на післяопераційне загоєння. При аденомотомії у дорослих вимагається прикласти більше фізичне зусилля, крім того, можливість кровотечі після операції у них підвищується. Отже, аденомотомію

у дорослих, як правило, виконують в стаціонарних умовах. При цьому слід застосовувати добру анестезію.

Вплив аденотомії, виконаної приблизно в одному об'ємі, на стан тканини горлового мигдалика, що залишається, також різний. У дітей після зникнення реактивних явищ в подальшому відмічається помітне зменшення лімфаденоїдної тканини. У дорослих такий ефект виражений слабо. Це диктує необхідність більш ретельного, більш радикального видалення аденоїдних вегетацій у дорослих осіб. Звичайно ніколи не вдається обмежитись одним зрізальним рухом аденотома – доводиться декілька разів заходити ним в носову частину горла, звертаючи особливу увагу на видалення розростань з боків носової частини горла. Лікувальний ефект після аденотомії настає швидко. Якщо ж на протязі 1-2 тиж оторея не припинилась, значить аденотомія не виправдала покладених на неї надій. Бажано, перш ніж робити кінцеве заключення про результати аденотомії, ще раз уважно дослідити носову частину горла, а при наявності аденоїдної тканини – через

деякий час призначити хворому повторну операцію. Такої тактики слід притримуватись і в тих випадках, коли аденотомія уже проводилась раніше, навіть якщо втручання було виконане в авторитетному лікувальному закладі досвідченим оториноларингологом.

Оскільки аденотомія проводиться наосліп, без достатньої анестезії (а тому поспішно), не завжди навіть висококваліфікованому, досвідченому оториноларингологу вдається виконати це втручання достатньо радикально, залишена аденоїдна тканина може, як і до аденотомії, підтримувати запальний процес в слуховій трубі. Крім того, відомо, що після аденотомії, проведеної в ранньому дитячому віці, при відповідних умовах може відмічатись повторне розростання лімфаденоїдної тканини в носовій частині горла.

Таким чином, аденотомія у дорослих дещо відрізняється від аденотомії у дітей. Як і у дітей, у дорослих осіб, аденотомія відіграє значну роль у підготовці хворих до тимпанопластики.

© І.В. Хоружий, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, О.М. Школьна, 2015

*І.В. ХОРУЖИЙ, О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ЗАПОБІЖНІ ЗАХОДИ ДЛЯ НЕДОПУЩЕННЯ УШКОДЖЕННЯ ОРБІТАЛЬНОЇ СТІНКИ ПРИ ПУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ

Серед різноманітних ускладнень при пункції верхньощелепної пазухи рідко може бути ушкодження орбітальної стінки з проникненням пункційної голки в орбіту, в результаті чого можливе виникнення запальних процесів в орбіті. Але при пункції верхньощелепної пазухи через нижній носовий хід небезпека ушкодження її орбітальної стінки звичайно невелика. Проте при певних несприятливих анатомічних ситуаціях ця небезпека може мати місце. Такими несприятливими ситуаціями анатомічної будови верхньощелепної пазухи є: а) високе прикріплення нижньої носової раковини до латеральної стінки порожнини носа; б) низьке розташування орбітальної стінки верхньощелепної пазухи; в) наявність товстої кістки медіальної стінки цієї пазухи. Високе прикріплення нижньої носової раковини вдається виявити під час передньої риноскопії і анемізації простору між нижньою носовою раковиною і латеральною стінкою порожнини носа, а низьке розташування орбітальної стінки і наявність товстої кістки медіальної

стінки верхньощелепної пазухи – при оглядовій рентгенографії навколоносових пазух.

Ушкодження орбітальної стінки верхньощелепної пазухи може настати і при нормальних анатомічних взаємовідношеннях у разі крутого скеровування пункційної голки догори під час проколу пазухи. На нашу думку, у всіх випадках можна уникнути ушкодження орбітальної стінки верхньощелепної пазухи при дотриманні принаймні п'яти запобіжних заходів: 1) до пункції проводити рентгенографію навколоносових пазух; 2) при передній риноскопії і анемізації слизової оболонки носової порожнини звертати увагу на лінію прикріплення нижньої носової раковини до латеральної стінки порожнини носа; 3) повільно просувати голку через латеральну стінку порожнини носа безпосередньо на лінії прикріплення нижньої носової раковини, а не вводити її грубим стрімким поштовхом; 4) слідкувати за тим, щоб голка була скерована вниз і назовні і відчувалось проходження кістки латеральної стінки порожнини носа; 5) у разі наявності відчуття

проходження кістки латеральної стінки порожнини носа необхідно легким витягуванням і повторним просуванням голки упевнитись в правильності її положення у верхньощелепній пазусі. У разі, коли не вдається проколоти кістку латеральної стінки порожнини носа звичайним прийомом, з метою недопущення ушкодження орбітальної стінки верхньощелепної пазухи ми рекомендуємо користуватись наступним прийомом. Після введення голки Куликовського в нижній носовий хід лікар повинен стати ззаду від пацієнта, взятись за площадку голки першим і другим пальцями обох рук, а лікті вперти в свою грудну клітину. В такому випадку завжди вдається проколоти пазуху (навіть при товстій кістці її медіальної стінки), оскільки можна розвинути більше зусилля і при проколі пазухи голка не потрапить в орбітальну стінку, оскільки лікті рук лікаря будуть мати оперття на грудній клітині і не дозволять голці проникнути глибоко, тому що при цьому контролюється сила проколу.

Після введення голки у верхньощелепну пазуху слід трохи потягнути її в зворотньому напрямку, щоб упевнитись, що кінець її знаходиться в пазусі, а не потрапив у орбітальну стінку при проколі верхньощелепної пазухи. При дотриманні вищевказаних запобіжних заходів ми жодного разу не спостерігали потрапляння пункційної голки в орбітальну стінку при проколі верхньощелепної пазухи. На нашу думку, проведення пункції верхньощелепної пазухи з урахуванням вищесказаного сприятиме максимальному недопущенню потрапляння пункційної голки в орбіту і наступного розвитку запальних процесів в орбіті, пов'язаних з проколом верхньощелепної пазухи. Вважаємо, що описані в цій статті запобіжні заходи для недопущення потрапляння пункційної голки в орбіту матимуть відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для практикуючих оториноларингологів, особливо початківців.

© І.В. Хоружий, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, В.Г. Корицький, І.В. Шевага, 2015

А.В. ЦИМАР, М.Ю. ЗВІР (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ

Актуальність теми: Проблема хронічного тонзиліту залишається однією з актуальних в оториноларингології. Це підтверджується даними про широку поширеність захворювання серед всіх груп населення не залежно від віку (Е.В. Ліхачева та співавт., 1999), розвитком ускладнень з боку інших органів і систем, які негативно позначаються на якості подальшого життя.

Запальний процес, який розвивається в мигдаликах в умовах наявності іншої патології, не має характерних класичних ознак ХТ, що значно утруднює його інтерпретацію. Але з урахуванням певного фону він має свої особливості перебігу. Так, при ураженні шлунково-кишкового тракту (ШКТ) перебіг запального процесу в горлі має переважно вигляд тонзиліту і фарингіту з рецидивами ангін (П.Я. Григор'єва, А.В. Яковенко, 2001). Можливо, це пов'язане з сенсibiliзацією лімфоїдної тканини через подразнення солітарних фолікулів і пейєрових пляшок, розташованих в ШКТ, які разом з лімфаденоїдною тканиною глотки об'єднуються в єдину MALT систему (Ю.В. Мітін, 2000). Консервативне лікування з приводу хронічного фа-

рингіту чи тонзиліту без відповідного впливу на основну патологію рідко коли приводить до покращання, а тонзилектомія досить часто ще й погіршує місцеву симптоматику.

В Україні будь-яких серйозних досліджень, які стосуються вивчення епідеміології ГЕРХ дотепер не проводилося, тому її поширеність у нашій країні не відома. До того ж, на жаль, Україна відноситься до тих країн, де діагноз «гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» ставиться вкрай рідко. Очевидно, це пов'язано як із низьким зверненням пацієнтів за медичною допомогою, так і недостатньою увагою до даної патології, та недостатнім знанням проблеми з боку вітчизняних гастроентерологів і лікарів загальної практики. Крім того, значну роль відіграє відсутність у більшості медичних установ загального профілю умов і устаткування для об'єктивної діагностики ГЕРХ, особливо її ендоскопічно негативного варіанту, що за даними літератури становить до 60 % випадків захворювання (Ayhan S. 2003; Lee J. M. et al., 1998). У той же час у багатьох хворих ГЕРХ протікає не типово, що викликає як труднощі в постановці

діагнозу, так і помилки в терапії. Більшість з цих хворих звертаються до оториноларингологів або терапевтам зі скаргами, характерними для хронічної оториноларингологічної, кардіальної або бронхопульмональної патології; при цьому у них відсутні скарги на печію, регургітацію, болі в серці, та ін., що дозволяють запідозрити ГЕРХ. Це пов'язано з наявністю іншої форми захворювання, що отримала назву фаринголарингеальний рефлюкс (ФЛР), причиною якого є ГЕР, що проникає проксимально через верхній стравохідний сфінктер. В зв'язку з цим підходи до лікувальної тактики вданих клінічних випадках повинні мати свої особливості, які полягають в наступному. Поряд з місцевим повинно обов'язково проводитись лікування з приводу основного захворювання, а також необхідна консервативна спрямованість терапії, оскільки видалення мигдаликів є патогенетично не обгрунтованим.

Мета роботи: розробити алгоритм діагностики хронічного тонзилофарингіту, спричиненого гастроєзофагеальним рефлюксом.

Матеріал і методи

Робота виконана на базі ЛОР відділу ЛОКЛ, обласної консультативної поліклініки, Львівського обласного клінічного діагностичного центру, бактеріологічної лабораторії Центрального військового клінічного госпіталю Західного Оперативного Командування. Під нашим спостереженням впродовж 2012-2014 р. знаходилося 120 пацієнтів з діагнозом хронічний тонзилофарингіт, які звернулися за медичною допомогою в ЛОР-відділення ЛОКЛ. Чоловіки – 58, жінки – 62. Тривалість захворювання складала від 6 місяців до 2 років.

План обстеження пацієнтів включав:

1. Ретельний аналіз скарг пацієнтів.
2. Збір анамнезу.
3. Орофарингоскопія, ендоскопічний огляд ЛОР-органів (Karl Storz 30⁰, 90⁰).

4. Лабораторне обстеження (загальноклінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, ревмопроби (антистрептолізін-О, ревматоїдний фактор (кількісний), С-реактивний білок).

5. Бактеріологічне обстеження (ротоглотка).

6. Фіброезофагогастроскопія (ФЕГС) (за показаннями).

7. Рентгенографія при носових пазух (за показаннями).

8. Рентгенологічне дослідження стравоходу (за показаннями).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за віком і статтю

Вік	Стать		Кількість
	Чол.	Жін.	
17-25 років	16	14	30
26-35 років	22	26	48
36-45 років	12	12	24
46-55 років	8	10	18

Результати і обговорення

Аналіз скарг пацієнтів (табл. 2) показав, що найбільше турбували хворих біль в горлі, дискомфорт в горлі та накопичення в'язкого слизу переважно в ранковий час. Більше ніж половину пацієнтів турбував кашель, теж, переважно, з ранку.

Поширеними скаргами були також сухість в горлі та хриплість голосу, які турбували хворих переважно впродовж дня. Значна кількість пацієнтів жалілася на часті ангіни, епізоди яких були зафіксовані в амбулаторних картах лікарями поліклінічних відділень. Слід відзначити, що у всіх випадках таким пацієнтам призначалася антибактерійна терапія тривалістю 5-7 днів, антигістамінні препарати, пробіотики, нестероїдні протизапальні засоби та ін. Більшості пацієнтів з рецидивами ангін пропонувалося хірургічне лікування – тонзилектомія.

Таблиця 2

Скарги пацієнтів

Скарги	Кількість, (%)	В ранковий час, (%)	Впродовж дня, (%)
Біль в горлі	82 (68,3)	72 (87,8)	10 (12,2)
Накопичення в'язкого слизу в горлі	90 (75)	78 (86,7)	12 (13,3)
Постназальний дренаж	62 (51,6)	28 (45,2)	34 (54,8)
Персистуючий кашель	64 (53,3)	58 (90,6)	6 (9,4)
Сухість в горлі та губ	45 (37,5)	8 (17,8)	37 (82,2)
Охриплість голосу	24 (20)	10 (41,7)	14 (58,3)
Часті ангіни	28 (23,3)	-	-
«Географічний» язик	33 (27,5)	-	-

При аналізі анамнестичних даних було встановлено, що значна кількість хворих, пере-

важно молодих людей, харчуються нерегулярно, не дотримується режиму харчування (пізні або

нічні вечери). Більшість пацієнтів займалася самолікуванням (антибіотики, полоскання горла, смектальні таблетки, спреї та ін.), яке не принесло ефекту, або покращення самопочуття було короткочасним. 88(73,3%) хворих зверталися за медичною допомогою до лікарів-оториноларингологів та проходили курси лікування (2-3 рази на рік), що включали, переважно, промивання крипти мигдаликів антисептиками, фітопрепаратами та, на жаль, антибіотиками. 73 (60,8%) пацієнтам проводилася системна антибактерійна терапія. Більшість хворих відмічали незначне покращення, що тривало не більше 2-3 тижнів.

При ендоскопічному огляді ЛОР-органів було встановлено (табл. 3), що більшість хворих мають хронічний фарингіт (гіпертрофічна та субатрофічна форми), хронічний тонзиліт, хронічний обмежений ларингіт, назофарингіт або комбінації цих патологій.

При аналізі даних лабораторних обстежень встановлено незначне підвищення титрів АСЛ-О (до 313 МО) у 16 хворих (13,3%), С-реактивного протеїну у 8 (6,6%). Значимих змін з боку інших показників крові не відмічалося.

При бактеріологічному обстеженні пацієнтів отримані наступні результати (табл. 4).

Таблиця 3

Результати ендоскопічного обстеження

Діагноз	Кількість, (%)	Вік, (%)			
		17-25р.	26-35р.	36-45р.	46-55р.
Хронічний фарингіт	98 (81,6)				
- катаральна форма	60 (61,2)	14 (46,6)	25 (83,3)	13(43,3)	8 (26,7)
- гіпертрофічна форма	29 (29,6)	10 (33,3)	12 (25)	5 (20,8)	2 (11,1)
- атрофічна форма	9 (9,2)	1 (3,3)	2 (4,2)	2 (8,3)	4 (22,2)
Хронічний тонзиліт, рецидиви ангіни	43 (35,8)	21 (48,8)	17 (39,5)	3 (6,9)	2 (4,6)
Хронічний ларингіт	26 (21,7)	2 (7,7)	6 (23)	6 (23)	12 (46,2)
Назофарингіт	37 (30,8)	15 (40,5)	11 (29,7)	6 (16,2)	5 (13,5)

Таблиця 4

Результати бактеріологічного обстеження

Виділені мікроорганізми	Обстежені пацієнти					
	Хронічний фарингіт, (n=98)		Хронічний тонзиліт, (n=43)		Контрольна група, (n=15)	
	Частота виявлення мікроорганізмів (%)	Кількість КУО/мл	Частота виявлення мікроорганізмів (%)	Кількість КУО/мл	Частота виявлення мікроорганізмів (%)	Кількість КУО/мл
<i>Streptococcus spp</i> β -гемолітичні	73,5	$10^2 - 10^5$	51,2	$10^2 - 10^5$	20	10^2
<i>Enterococcus spp.</i>	43,9	$10^2 - 10^5$	53,5	$10^2 - 10^5$	13,3	10^2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	27,5	$10^5 - 10^7$	74,4	$10^5 - 10^7$	0	-
<i>Corynebacterium spp.</i>	46,9	$10^2 - 10^3$	48,8	$10^2 - 10^3$	13,3	$10^2 - 10^3$
<i>E.coli</i>	12,2	10^2	18,6	10^2	0	-
<i>Haemophilus spp.</i>	18,3	$10^2 - 10^5$	23,5	10^2	20	$10^2 - 10^3$
<i>Neisseria spp.</i>	53,1	10^2	34,9	10^2	46,6	$10^2 - 10^3$
<i>Staphylococcus spp.</i>	6,1	10^2	23,3	$10^2 - 10^5$	13,3	$10^2 - 10^3$
<i>Proteus vulgaris</i>	8,2	10^2	16,3	10^2	0	-
<i>S.pyogenes</i>	5,1	$10^2 - 10^3$	16,3	$10^5 - 10^7$	0	-
<i>Enterobacteriaceae</i>	8,2	$10^2 - 10^5$	48,8	$10^5 - 10^7$	0	-
<i>Citrobacter</i>	13,2		25,6	$10^5 - 10^7$	0	
<i>C.albicans</i>	33,7	$10^2 - 10^3$	74,4	$10^2 - 10^3$	0	-

При аналізі результатів бактеріологічного обстеження встановлено, що у хворих на хронічний тонзилофарингіт, що спричинений ФЛР, виявлялося достовірно вище заселення слизової оболонки піднебінних мигдаликів грам-

від'ємними мікроорганізмами, а саме, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *E. coli*, *Citrobacter*. Ентеробактерії присутні в різних відділах шлунково-кишкового тракту здорової людини, але верхні дихальні шляхи не є характерним біотопом

для цих збудників. Також, виявлено персистенцію грибів *C. albicans* (присутній у ШКТ), особливо у пацієнтів з симптомами хронічного тонзиліту. Хоча вважається, що *C. albicans* не є етіологічним фактором хронічного тонзиліту, грибова флора може підтримувати запальний процес, сприяти сенсibiliзації організму хворих.

Аналізуючи дані скарг, клінічного та бактеріологічного обстежень, враховуючи тривалу персистенцію симптомів та неефективність проведених лікувальних засобів, було зроблено припущення, що етіопатогенетичним фактором хронічного тонзилофарингіту може бути гастро-езофагеальний рефлекс. 30 пацієнтам з діагнозом ХТ з підозрою на наявність ФЛР було проведено фіброезофагогастроскопічне обстеження (ФЕГС). Всі хворі (24, (80%)) з клінічними та ендоскопічно-позитивними ознаками ФЛР (основна група) отримали консультацію гастроентеролога, призначена відповідна терапія, рекомендації щодо зміни образу життя. Одночасно проводилося лікування запальних змін ротоглотки (санация піднебінних мигдаликів, місцева протизапальна терапія слизової оболонки, фітотерапія, призначалися курси бактеріофагів та пробіотиків). Контрольна група отримувала стандартну терапію без гастроентерологічного лікування.

Ефективність комплексного лікування оцінювалася через 3,6 місяців та 1 рік.

В основній групі впродовж року зареєстровано 1-2 випадки рецидивів захворювання, в контрольній – 3-5.

Висновки:

1. Отоларингологічні симптоми ГЕРХ найбільш численні і різноманітні. До них відносять відчуття болю, кома, стороннього тіла в глотці, першіння, бажання «прочистити горло»,

захриплість, напади кашлю. Крім того, ГЕРХ може бути причиною рецидивуючих тонзилофарингітів, ларингітів (та іншої ЛОР-патології), що не піддаються стандартній терапії.

2. У багатьох хворих ГЕРХ протікає не типово, що викликає труднощі як в діагностиці, так і помилки в терапії. Більшість з цих хворих звертаються до оториноларингологів або сімейних лікарів зі скаргами, характерними для хронічної ЛОР-патології; при цьому у них відсутні скарги на печію, регургітацію, болі в серці, та ін., що дозволяють запідозрити ГЕРХ. Це пов'язано з наявністю іншої форми захворювання, що отримала назву фаринголарингеальний рефлюкс (ФЛР), причиною якого є ГЕР, що проникає проксимально через верхній стравохідний сфінктер.

3. Ретроспективний аналіз клініко-анамнестичних даних може свідчити про недостатню увагу до даної патології, та недостатнє знання проблеми з боку вітчизняних оториноларингологів та лікарів загальної практики.

4. Ретельний аналіз скарг пацієнтів та особливостей клінічного перебігу хронічного тонзилофарингіту, виявлення «атипової» мікрофлори в ротоглотці (переважно роду *Enterobacteriaceae* та *C. albicans*), неефективність проводимої терапії, може бути підставою для проведення додаткових діагностичних заходів з метою виключення рефлюксної етіології хронічного тонзилофарингіту та інших проявів ЛОР-патології.

5. Рання діагностика даної патології дозволить вчасно розпочати етіопатогенетичне лікування (гастроентеролог, оториноларинголог), попередити розвиток важких ускладнень, значно зменшити економічні витрати на «симптоматичне» лікування та покращити якість життя пацієнтів.

© А.В. Цимар, М.Ю. Звір, 2015

А.В. ЦИМАР, О.І. ТИНІТОВСЬКА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Проблема лікування хронічного тонзиліту (ХТ) залишається в наші дні в центрі уваги оториноларингологів, що визначається широкою поширеністю даного захворювання, переважно серед дітей та осіб молодого, найбільш працездатного віку, а також ймовірністю розвитку серйозних ускладнень і хронічних захворювань

серцево-судинної системи, нирок і суглобів, що може призвести до тривалої втрати працездатності. Більше 80% респіраторних захворювань супроводжуються ураженнями слизової оболонки глотки і лімфаденоїдного глоткового кільця.

Вітчизняними та зарубіжними дослідниками був проведений багатоплановий комплекс

наукових пошуків з узагальнення клінічного матеріалу та вивчення функціональної активності піднебінних мигдаликів, зокрема їх ролі у формуванні імунної відповіді (Заболотний Д.І., Мельников О.Ф., 1994; Лучихин Л.А., Мальченко О.В., 2002; Uchida M., Kitagawa H., Kikuchi K., Kawaai A., 1983). Важливий розділ «тонзиллярної проблеми» - встановлення етіопатогенетично обґрунтованих показів до різних методів лікування, а також розробка достовірних критеріїв оцінки ефективності лікувальних заходів. З цієї точки зору велика увага приділяється кореляції клінічних ознак з даними бактеріологічних та імунологічних досліджень. Вивчення характеру мікробної флори піднебінних мигдалин дозволяє вважати основним збудником ХТ гемолітичний стрептокок, однак не можна не брати до уваги зростаючу роль в етіології ХТ *S. aureus*, *St. viridans*, аденовірусів, грибової флори.

З позицій клінічної імунології ХТ слід трактувати як класичний приклад вторинного імунодефіцитного стану. Встановлено, що імунний дисбаланс у хворих ХТ впливає як на гуморальну, так і клітинну ланку імунітету (Заболотний Д.І., Мельников О.Ф., 2013). Враховуючи роль піднебінних мигдаликів у формуванні локального імунітету, важко переоцінити важливість інформації про достовірне зниження рівня секреторного імуноглобуліну А (Ig A) в ротоглотковому секреті у хворих на ХТ (Кіщук В.В., 2002; Мельников О.Ф., 2013; Рязанцев С.В., 2002). Бронхо-ваксом – лікарський препарат з вираженою імуностимулюючою дією. Бронхо-ваксом сприяє збільшенню продукції sIgA, що виділяє слизова оболонка дихальних шляхів, а також підвищенню рівня циркулюючих Т-лімфоцитів. При застосуванні препарату Бронхо-ваксом відзначається зниження частоти захворюваності в період епідемії вірусних інфекцій дихальних шляхів, зменшення часу та тяжкості захворювання. Крім того, при прийомі препарату Бронхо-ваксом значно знижується ризик розвитку бактеріальних ускладнень після перенесених гострих респіраторних інфекцій та відзначається зниження потреби в антибіотикотерапії.

Метою цієї роботи була оцінка клінічної ефективності застосування місцевих імуномодуляторів у хворих на ХТ.

Ми використовували Бронхо-ваксом для лікування 30 хворих на ХТ, декомпенсованої

форми – рецидиви ангіни у віці від 17 до 35 років. Контрольну групу склали 20 хворих на ХТ у віці від 17 до 40 років з аналогічними формами перебігу захворювання. Загострення хвороби, за даними анамнезу, протікали однаково часто, як у формі типових ангін, так і атипово – на тлі субфебрильної температури, симптомів інтоксикації та болю в горлі. Наявні в анамнезі у 18 хворих основної групи скарги на часті простудні захворювання, з нашої точки зору, можна розглядати як непряме підтвердження зниження реактивності організму (імунного дисбалансу).

Пацієнтам основної групи призначалася терапія препаратом Бронхо-ваксом. Попередньо проводилися промивання піднебінних мигдалин ізотонічним розчином натрію хлориду. Хворі приймали Бронхо-ваксом 1 раз на добу по одній таблетці циклами по 10 днів з перервами у 20 днів. Повний курс лікування включав 3 цикли (тривалість профілактичного курсу 3 місяці). Оцінювали лікувальну і профілактичну дію препарату через 6 місяців та 1 рік. Усі хворі добре переносили Бронхо-ваксом, побічних явищ і алергічних реакцій зареєстровано не було. Пацієнти контрольної групи отримували традиційне лікування: місцеві антисептичні препарати, промивання крипті піднебінних мигдаликів. У ході дослідження Бронхо-ваксом показав високу профілактичну активність. В результаті проведеного лікування у пацієнтів основної групи вдалося досягти ремісії терміном до 6-8 місяців. У контрольній групі за даний період загострення ХТ виникали в середньому 1 - 2 рази. Позитивна клінічна динаміка відзначена у всіх випадках: в основній групі в середньому на 3-5 днів раніше, ніж у контрольній, регресували як суб'єктивні прояви, так і фарингоскопічні ознаки ХТ.

Таким чином, наш досвід застосування препарату Бронхо-ваксом при ХТ дозволяє підтвердити його високу клінічну ефективність при даному захворюванні. Слід підкреслити простоту і безпеку застосування, а також можливість його використання як монотерапії у пацієнтів з хронічним тонзилітом. Враховуючи, що хронічний тонзиліт в даний час розглядається як прояв імунного дисбалансу, місцеве використання імуномодуляторів є безумовно, доцільним і повинно застосовуватися в широкій клінічній практиці.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

Актуальність: Проблема хронічного тонзиліту, попри свою давнину, залишається актуальною і в наш час (Ю.В. Мітін, Ю.В. Шевчук, 2014). Захворюваність за даними різних авторів від 2 до 15 % усього населення хворіє на хронічний тонзиліт. В Україні цей показник сягає 1260 на 10 тис. населення (В.І. Попович, 2014). Лікування хронічного тонзиліту є актуальним питанням, оскільки дане захворювання призводить до серйозних ускладнень, виникнення і погіршення перебігу багатьох захворювань, насамперед серцево-судинної системи (ревматизм), нирок, суглобів, тиреотоксикоз (А.Г. Балабанцев, В.В. Богданов, Т.А. Крылова, 2002; А.А. Лайко, Ю.А. Молочек, 2002). Виявлені хворі на хронічний тонзиліт беруться на облік, і залежно від показань проводиться лікування. Вибір методу лікування в кожному конкретному випадку залежить від форми хронічного тонзиліту, загального стану хворого, наявності супутніх захворювань. Лікування має бути комплексним, у переважній більшості випадків спочатку має бути проведено консервативне лікування, і тільки при відсутності ефекту і протипоказань, проводиться хірургічне втручання. Останнім часом хірургічне втручання проводиться рідше, але є покази і захворювання, при яких необхідно лікувати тільки хірургічно: хропіння, синдром обструктивного апное уві сні, перитонзиллярні абсцеси (Ю.В. Мінін 2003).

Мета: оцінити ефективність консервативного лікування хворих з хронічним компенсованим і декомпенованим тонзилітом - рецидив ангіни, а також хірургічні методи лікування в стадії декомпенсації.

Матеріали і методи: Проведено обстеження 32 хворих з хронічним тонзилітом у віці від 19 до 46 років. Пацієнти були розділені на 2 групи, залежно від форми захворювання та методів лікування. В першій групі було 22 хворих з компенсованою чи декомпенованою формою, яким проводилось консервативне лікування (антибіотикотерапія, промивання лакун антисептичними розчинами, внутрішньоротові ультрафіо-

летові опромінення мигдаликів, УВЧ на збільшені лімфатичні вузли). В другій групі – 10 хворих з декомпенованою формою, яким проводилось хірургічне лікування (тонзилектомія). Проведено аналіз та порівняння ефективності двох методів лікування за такими критеріями :

- припинення загострення хронічного тонзиліту;

- зникнення об'єктивних місцевих ознак хронічного тонзиліту, або значне зменшення їх вираженості;

- зникнення загальних токсико-алергічних явищ, обумовлених хронічним тонзилітом.

Результати: Припинення загострення хронічного тонзиліту в першій групі відзначали 15 хворих (68,2%), а в другій групі – 10 хворих (100%). Зникнення об'єктивних місцевих ознак хронічного тонзиліту або значне зменшення їх вираженості в першій групі спостерігалось в 17 хворих (77,3%), а в другій групі 10 хворих (100%). Зникнення загальних токсико-алергічних явищ, обумовлених хронічним тонзилітом в першій групі відзначали 18 хворих (81,8%), а в другій групі 9 хворих (90%). Проте в першій групі у 4 хворих (18,2%) спостерігалось відсутність позитивного ефекту від консервативного лікування, наявність ускладнень (утруднене дихання, шийний лімфаденіт, гіперемія і набряк піднебінних мигдаликів), яким було рекомендовано хірургічне лікування (тонзилектомія).

Висновки: Отже, за результатами дослідження встановлено, що при компенсованому і декомпенованому хронічному тонзиліті – рецидивах ангіни ефективним є консервативне лікування, проте 18,2% хворих потребували також хірургічного лікування. При декомпенованій формі спостерігалась висока ефективність хірургічного лікування, однак в майбутньому можливим є ослаблення факторів місцевого захисту та імунітету. Необхідно комплексно підходити до вирішення проблеми лікування хворих з хронічним тонзилітом, враховувати покази і протипокази при певному захворюванні.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА И АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ЛДГ И СДГ В МАЗКАХ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА

Исследованиями ученых установлено, что возникновение и последующее течение хронических воспалительных процессов и, в частности, различных форм хронических ринитов, приводит к значительным изменениям и нарушениям клеточных мембранных структур. И эти процессы, в свою очередь, существенно влияют на состояние внутриклеточных энергетических процессов слизистой оболочки полости носа.

Оценить функциональное состояние клеток слизистой оболочки полости носа больных возможно за счет гистохимического изучения активности ферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и сукцинатдегидрогеназы (СДГ), ответственных за важные звенья энергетического обмена (Калинкин В.П., Калинкин Н.А., 2005).

Задача данного исследования заключалась в морфологическом анализе клеточного состава и оценке активности ферментов ЛДГ и СДГ в мазках-отпечатках со слизистой оболочки нижних носовых раковин у больных с установленным диагнозом хронический вазомоторный ринит (ХВЗР) и хронический катаральный ринит (ХКР). Для морфологического анализа на клеточном уровне образцы мазков после фиксации красились по Паппенгейму. Для гистохимического исследования материала использовали тетразолий-редуктазную методику, о наличии ферментов судили по интенсивности выпавшего цветного осадка солей формазана.

Было обследовано 22 пациента в возрасте от 20 до 39 лет. 12 больных страдали ХВЗР с давностью заболевания от 2 до 6 лет и 10 больных – ХКР с длительностью процесса от 2 до 4 лет.

При ХВЗР в препаратах, в основном, преобладали клетки реснитчатого и плоского эпителия (в среднем 5-10 в поле зрения), количество эпителиальных клеток с явлениями деструкции обычно составляло от 3 до 6. В мазках выявляли зрелые формы нейтрофилов, по обыкновению их количество колебалось от 1 до 4, а также единичные лимфоциты.

В образцах, полученных от больных ХКР обнаруживали пласты эпителиоцитов, при этом отмечалось уменьшение числа клеток цилиндрического и реснитчатого эпителия до 0-5 единиц при одновременном увеличении клеток плоского эпителия от 5 до 18 единиц в поле зрения. Количество нейтрофильных лейкоцитов колебалось в пределах 1-6 единиц в поле зрения. Следует отметить, что

именно в данной группе больных особенно отчетливо прослеживалась зависимость количества поврежденных клеток реснитчатого эпителия от возраста больных и давности заболевания.

У половины обследованных (6 больных) с ХВЗР уровень активности ЛДГ находился в пределах от максимального до высокого. У трети больных активность была среднего уровня и, в целом, по группе можно говорить о преимущественно высокой активности фермента, ответственного за процессы анаэробного гликолиза. ЛДГ максимально проявлял свою активность в цитоплазме неповрежденных клеток реснитчатого эпителия. Пропорционально степени деструктивных изменений эпителиоцитов в них снижалась активность лактатдегидрогеназы. Выявлено, что во всей группе больных ХКР, уровень активности ЛДГ, в целом, был ниже по сравнению с таковым для группы с ХВЗР.

Активность фермента СДГ независимо от вида хронического ринита для всего клеточного состава мазков-отпечатков была низкой. Этот факт, на наш взгляд, свидетельствует о том, что при данных типах хронического воспалительного процесса полостей носа, существенно тормозятся, или не могут происходить процессы, ответственные за внутриклеточный метаболический цикл энергетического обмена – цикл трикарбоновых кислот. При этом клеточные элементы, в первую очередь эпителиоциты, имеют возможность использовать для метаболизма, преимущественно, менее энергоемкий анаэробный гликолитический путь метаболизма.

Анализируя полученные данные для обследованных групп больных с разными формами хронического ринита можно сделать следующие выводы. Хронический катаральный и вазомоторный риниты существенным образом ухудшают энергетический потенциал клеток слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Активность фермента СДГ в клетках мазков отпечатков больных с ХКР и ХВЗР практически не отличались между собой, и была низкого уровня. Хронический катаральный ринит по сравнению с вазомоторным в большей степени влияет на функциональное состояние клеточных элементов слизистой оболочки носовых раковин и на уровень активности ЛДГ, как одного из ключевых ферментов энергетического обмена в анаэробных условиях.

ЗНАЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Распространенность хронического тонзиллита (ХТ) вызывает наибольшее беспокойство, как у отоларингологов, так и у врачей семейной амбулаторной практики. Основная роль в бактериальном этиологическом факторе принадлежит бета-гемолитическому стафилококку группы А (БГСА), реже стрептококком группы С и G и другим возбудителям.

О *Streptococcus pyogenes* известно достаточно много:

- его основным резервуаром в организме человека является глотка, реже – кожа;
- инфицирование в большинстве случаев происходит при непосредственном контакте с больным (реже с носителем) воздушно-капельным путем или через контаминированные предметы окружающей среды;
- БГСА-инфекция может быть причиной развития серьезных осложнений: к ранним осложнениям, возникающим на 4-6 день болезни, относятся шейный гнойный лимфаденит, паратонзиллярный абсцесс, к поздним – острый гломерулонефрит и острая ревматическая лихорадка;
- развитие осложнений можно предотвратить с помощью адекватной терапии стрептококковых инфекций, однако эрадикация носительства

S. pyogenes сопряжена с определенными трудностями, так как в ряде случаев возможна повторная колонизация тем же возбудителем.

Из-за опасения развития бактериальных осложнений антибактериальные препараты назначают 95 % пациентам с жалобами на боли в горле. Если принять во внимание эпидемиологические данные о частоте стрептококкового ХТ, которая не превышает 50 % , очевидна проблема необоснованного назначения антибактериальной терапии со всеми, вытекающими из нее последствиями: селекцией устойчивых штаммов, риском развития нежелательных реакций, нарушением биоценоза организма и неоправданными экономическими затратами. Отмеченный в последние годы рост устойчивости *S. Pyogenes* к ряду антибактериальных препаратов диктует необходимость коррекции терапев-

тических подходов. Неопровержимым доказательством стрептококковой этиологии ХТ является положительный результат культурального исследования мазка с поверхности миндалин.

Целью этой работы была оценка эффективности диагностики и лечения обострений ХТ. Проанализировано 155 случаев заболевания. Кроме данных бак. посева, учитывались клинические признаки, наиболее характерные для ХТ: наличие субфебрильной температуры, боли в горле при глотании, увеличение и болезненность лимфатических узлов, отечность миндалин, наличие гнойного экссудата в лакунах миндалин, а также возраст пациента. Каждый симптом оценивался в один балл. Чем выше сумма баллов, тем вероятнее выделение БГСА. Тем не менее, даже при максимальной оценке (>4 баллов) вероятность выделения БГСА составила всего 52 %. Антибактериальная терапия при обострении ХТ направлена не только на ликвидацию клинических проявлений болезни, но и на эрадикацию БГСА из ротоглотки, что предотвращает распространение возбудителя и предупреждает развитие осложнений. Для лечения обострения ХТ используют бета-лактамы, цефалоспорины и макролиды. Бета-лактамы остаются единственным классом антибиотиков, к которым у БГСА не развилась устойчивость. Уровень приобретенной устойчивости к макролидам не превышал 10 % . Для лечения также могут быть использованы цефалоспорины I – II поколения. У больных с аллергией на прием бета-лактамов антибиотиков предпочтительны макролиды, которые отличаются низкой токсичностью и высокими концентрациями в тканях, в т.ч. в тканях миндалин. Для эрадикации БГСА необходим 10-дневный курс антибактериальной терапии.

Выводы: В настоящее время имеются все возможности для улучшения этиологической диагностики ХТ; стрептококковый ХТ остается одним из немногих заболеваний, при которых сохраняется эффективность бета-лактамов, а пероральные цефалоспорины I-II поколений и макролиды являются альтернативными препаратами.

ОСОБЕННОСТИ ЛОР-ОРГАНОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Термин «недоношенные дети» принят в 1929 году и признан во всем мире. В 1975 году ВОЗ рекомендовала считать младенцев жизнеспособными, если они появились на свет не ранее 22-й недели гестации, и масса их тела достигла 500 грамм, а младенцев, родившихся в возрасте до 37 недель – недоношенными.

Частота преждевременных родов в большинстве промышленно развитых стран в последние два десятилетия достаточно стабильна и составляет 5-16% от числа родившихся детей. Дети с экстремально низкой массой тела, по статистике, рождаются редко – 0,01% от всех недоношенных малышей. Согласно приказу МОЗ Украины с 1.01.2007 года в Украине регистрируется каждый малыш, который родился с 22-й недели гестации и весом 500 грамм.

Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Укорочение периода внутриутробного развития и связанная с этим морфологическая и функциональная незрелость многих жизненно важных органов и систем определяют особенности течения периода адаптации недоношенного ребенка к условиям внеутробной жизни. Период ранней адаптации у недоношенных детей составляет 1,5-3 месяца (в норме – 14 дней).

Среди особенностей ЛОР-органов у недоношенных детей чаще встречаются изменения гортани, полости носа, органа слуха.

В отделении реанимации новорожденных и отделении патологии новорожденных КУ «ЗГДМБ №5» с 2009 г. по 2014 г. отоларингологи наблюдали 14 детей (5 мальчиков, 9 девочек) с изменениями в гортани, для диагностики проводилась прямая ларингоскопия и ларинготрахеоскопия с помощью бронхоскопа. Среди врожденной патологии гортани у недоношенных ларингомалация является наиболее распространенной причиной стридора и составляет до 60% от общего числа пороков развития верхних дыхательных путей. Анатомически можно выделить следующие формы ларингомалации:

- за счет западания в просвет гортани мягкого надгортанника;
- за счет черпаловидных хрящей, при вдохе подтягивающихся кверху или подтянутых кверху изначально за счет черпалонадгортанной складки;
- смешанная форма.

Клинически стридор проявляется с момента рождения или в первые недели жизни. Мальчики страдают в 2 раза чаще, чем девочки. В большинстве случаев стридор протекает доброкачественно и исчезает к 12-18 месяцам. Симптомы стридора могут быть преходящими и усиливаться при изменении положения тела, во время крика и возбуждения. У большинства детей патология проявляется только шумным, звучным дыханием, но в ряде случаев вызывает явления стеноза гортани, требующие интубации трахеи и даже трахеотомии. Иногда явления ларингомалации сочетаются с трахеомалацией – размягчением колец трахеи с западением ее на вдохе. За период с 2009 г. по 2014 г. в 5-й детской больнице детям с ларингомалацией было произведено 5 трахеостомий.

Следующей патологией недоношенных новорожденных, с которой часто встречаются оториноларингологи это затруднение носового дыхания. Этому способствуют узкие носовые ходы, хорошо развитая сосудистая сеть в их слизистой оболочке, высокое стояние твердого неба, уплощенная переносица, а также склонность к срыгиваниям, т.к. молоко при этом часто выливается через нос. При развитии даже небольшого воспалительного процесса в полости носа – слизистая носа значительно набухает. Недоношенным детям свойственен носовой тип дыхания; дыхание через рот у них отмечается редко и выраженный отек слизистой при ринитах может сопровождаться симптомами кислородного голодания: одышкой, цианозом.

Нам часто пришлось сталкиваться при осмотре новорожденных с узкими носовыми ходами и затруднением дыхания через нос у них. Всего эти изменения были у 20 детей. Иногда узость носовых ходов приводила к затрудненному дыханию ребенка, после дезинтубации, что вызывало необходимость повторной интубации трахеи или установки воздуховода, одному ребенку с узостью носовых ходов пришлось произвести трахеостомию.

Создание условий, максимально приближенных к внутриутробным, правильный уход, индивидуальный подход к каждому недоношенному ребенку с низкой и экстремально низкой массой тела при изменениях гортани и носа приведет к уменьшению хирургических вмешательств на ЛОР-органах.

*І.В. ШЕВАГА, І.М. ГОМЗА В.А. БАШИНСЬКИЙ, В.В. НІКОЛОВ, О.В. МАЦЬКЕВИЧ
(КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)*

ФУРАСОЛ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

Ми вивчали ефективність застосування препарату антибактерійного фурасол (фурагін розчинний) в якості місцевої терапії гострого фарингіту у дітей. Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилося 22 дітей у віці від 10 до 16 років. Діти були розподілені на 2 групи: основну (12 осіб), місцеве лікування яких проводилось фурасолом, та контрольну (10), яким місцево проводилось зрошування задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка розчином бікарбонату натрію. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином діти полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на біль в горлі, вплив на кашель, вплив на першіння в горлі, вплив на відчуття сухості в горлі, вплив на відчуття стороннього тіла в горлі), фарингоскопічна картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки горла). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес

симптомів гострого фарингіту в дітей основної групи. Так, 10 дітей із 12, що лікувались фурасолом, вказували на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі, 10 – на зникнення кашлю, 9 – на зникнення першіння в горлі, 10 – на зникнення відчуття сухості в горлі, 10 – на зникнення відчуття стороннього тіла в горлі (на 3-4-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 11 дітей основної групи. Слизова оболонка задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка у них мала рожевий колір, нормальну вологість, нормальну консистенцію. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 6 дітей. Стерпінть фурасолу у всіх дітей була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевого лікування гострого фарингіту у дітей виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол для місцевого лікування гострого фарингіту у дітей як антибактерійний засіб.

© І.В. Шевага, І.М. Гомза В.А. Башинський, В.В. Ніколов, О.В. Мацькевич, 2015

*І.В. ШЕВАГА, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, І.В. МАЛЬОВАНА
(КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ЧОРТКІВ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ МАЗІ ПІНОСОЛ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ «ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО» РИНИТУ ПРИ ПІДСЛИЗОВІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

У хворих після перенесеної підслизової резекції перегородки носа у відповідь на операційну травму виникає «післяопераційний» риніт. «Післяопераційний» риніт виявляється на другий день після видалення турунд з порожнини носа і проявляється гіперемією, набряком слизової оболонки, слизовими виділеннями, деяким звуженням носових ходів, що утруднює носове дихання. Тому в лікуванні таких хворих після операції потребується застосування відповідних медикаментів. Ці препарати не повинні подразнювати слизову оболонку порожнини носа, викликати алергію, пригнічувати місцевий імунітет, і в той же час володіти протизапальними, стимулювальними регенерацію і епітелі-

зацію тканин якостями. Препаратом, який найбільш відповідає всім цим вимогам, є Піносол в формі крапель, мазі чи крему. Ми поставили мету – визначити ефективність і стерпність мазі Піносол в лікуванні «післяопераційного» риніту при підслизовій резекції перегородки носа. Застосовували мазь Піносол тричі на добу шляхом нанесення її на слизову оболонку порожнини носа за допомогою турунд, просочених цією маззю подальшим їх витягуванням – через 20 хв. Мазь застосовували на протязі 5-7 днів, в окремих випадках – 10 днів. Ні в одному із спостережень тривалість застосування мазі Піносол не перевищувала 10 днів. Контроль ефективності лікування проводили на 1-й, 3-й, 4-й, 5-й день,

коли після зменшення симптомів «післяопераційного» риніту лікування припиняли. Завершальне обстеження проводили на 7-й день. При контролі на 7-й день за клінічною картиною вирішували питання про необхідність продовження лікування ще на 3 дні. Тоді завершальне обстеження проводили на 10 – й день.

Критерієм ефективності лікування були: а) суб'єктивні відомості хворого про покращення стану: зменшення скарг; кількість секрету; носове дихання; відчуття загального покращення; відчуття більш швидкого одужання; зміна інших суб'єктивних відчуттів; б) об'єктивні симптоми: риноскопична картина; попередження розвитку вторинної бактерійної інфекції; скорочення тривалості хвороби; полегшення перебігу захворювання. Під нашим спостереженням за період з 2006 по 2011 рр. знаходилося 30 хворих (20 осіб чоловічої статі і 10 – жіночої) віком від 18 до 45 років. У 28 хворих використовувалась мазь тривалістю від 4 до 7 днів (у 17-7 днів, у 8 – 6 днів, у 1 – 5 днів, у 2 – 4 дні). Пацієнти, крім мазі Піносол, отримували за призначенням лікаря антибіотики (Тетрациклін) перорально і сульфаніламідні препарати (Сульфадимезин) також перорально.

Суб'єктивна оцінка терапії хворими в цілому була позитивною. Із 30 хворих на «післяопераційний» риніт при вказаному хірургічному втручанні 28 осіб вказували на відновлення носового дихання, 2 – на його покращення. 27 пацієнтів відмічали зменшення секреції з носа, 3- її зникнення. 8 хворих вказували на більш швидке одужання. Ретельно оцінювали об'єктивні показники лікування. Після терапії у хворих слизова оболонка порожнини носа виявилась рожевою, мала нормальну вологість і нормальну консистенцію, виділень з носа не відмічалось; носове дихання було вільним. Застосування мазі Піносол починали на 2-й день після видалення турунд з порожнини носа.

Суб'єктивні і об'єктивні симптоми «післяопераційного» риніту при вказаній операції – значний набряк слизової оболонки порожнини носа з виділенням великої кількості слизового

секрету, відчуття закладеності носа і порушення носового дихання – зникали у більшості хворих (23) уже на другий день застосування мазі. У багатьох з них (15) значне полегшення відмічалось уже після першого застосування препарату. В динаміці спостереження хворі відмітили високу ефективність препарату, що ґрунтується на таких суб'єктивних показниках: тривалий і стабільний судинозвужувальний ефект, більш легке відходження слизових виділень; більш раннє зникнення обтяжливого болісного стану. У всіх пацієнтів ці симптоми зникали на 4-10 – й день лікування. Сприйняття мазі Піносол у спостережуваних хворих розцінено як добре; виражених алергійних реакцій не відмічалось. Але при проведенні лікування маззю Піносол у 3 хворих спостерігались такі побічні ефекти: а) безпосередньо після уведення в порожнину носа мазі Піносол виникало відчуття підсилення закладання порожнини носа, яке поступово (через 1-3 год) зникало; б) виникнення короточасних нападів чхання після уведення в носову порожнину мазі Піносол; в) першіння в горлі в перші хвилини уведення препарату. Причину цих побічних явищ, очевидно, можна пояснити надлишковим уведенням препарату. При зменшенні кількості уведеної мазі побічних явищ у цих же хворих не відмічалось.

Таким чином, ефективність мазі Піносол, вважаємо доброю. Мазь Піносол діє ощадливо і пролонговано на слизову оболонку порожнини носа, володіє протизапальними властивостями, стимулює регенерацію і епітелізацію тканин, що дозволяє рекомендувати її до застосування як місцевого засобу в комплексному лікуванні хворих на «післяопераційний» риніт, які перенесли підслизову резекцію перегородки носа. Дана мазь заслуговує на більш широке впровадження в оториноларингологічну практику при лікуванні даної післяопераційної патології. Широке впровадження мазі Піносол в клінічну практику дозволить покращити якість терапії «післяопераційного» риніту при підслизовій резекції перегородки носа у дорослих і якість життя пацієнтів.

© І.В. Шевага, Т.В.Чортківський, Г.С. Протасевич, В.Г. Корицький, І.В. Мальована, 2015

*І.В. ШЕВАГА, О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. ХОРУЖИЙ
(КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)*

АНЕСТЕЗІЯ ПРИ АДЕНОТОМІЇ У ДОРОСЛИХ

На підставі спостереження за 125 дорослими хворими, яким була виконана аденотомія

з приводу аденоїдних вегетацій, нами встановлено, що анестезія при аденотомії у дорослих

відрізняється від такої у дітей. Дорослим недостатньо аплікаційної анестезії шляхом закрапування анестетика в порожнину носа, яка зазвичай використовується у дітей. Їм вимагається більш ретельна анестезія, ніж дітям. Тому, крім закрапування в носову порожнину 2% розчину дикаїну (10% розчину лідокаїну) з адреналіном 1:1000, ми проводимо ще й інфільтраційну анестезію 1% розчином новокаїну з адреналіном 1:1000 чи 2% розчином лідокаїну також з адреналіном 1:1000. В останні роки для інфільтраційної анестезії використовуємо ультракаїн. Для проведення інфільтраційної анестезії користуємось довгою тонкою голкою, яку проводи-

мо через порожнину носа з обох боків, а також через порожнину рота, попередньо зігнувши її так, щоб, огинаючи піднебінну занавіску, вона могла проникати в носову частину горла. На анестезію використовувалось 4-5 мл новокаїну чи лідокаїну. Ультракаїну вимагалось 2-3 мл. Така анестезія дозволяє планомірно і ретельно видалити аденоїдні вегетації у дорослих хворих.

Таким чином, при аденотомії у дорослих осіб недостатньо аплікаційної анестезії, яка застосовується у дітей. Аденотомію дорослим хворим слід проводити під аплікаційно-інфільтраційною анестезією.

© І.В. Шевага, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.В.Хоружий, 2015

*О.М. ШКОЛЬНА, А.П. КОВАЛИК, О.В. МАЦЬКЕВИЧ, О.В. ГОВДА, Г.Г. ВОЛОШИН
(КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ; КРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ФУРАСОЛУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДОРΟΣЛИХ

Під нашим спостереженням знаходилося 20 хворих віком від 20 до 45 років, які страждали на гострий фарингіт. Пацієнти були розподілені на 2 групи: основну (10 осіб), місцеве лікування яких проводилось фурасалом, та контрольну (10), яким місцево проводилось зрошування задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок в піднебінного язичка розчином бікарбонату натрію. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином хворі полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на біль в горлі, вплив на кашель, вплив на першіння в горлі, вплив на відчуття сухості в горлі, вплив на відчуття стороннього тіла в горлі), фарингоскопічна картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки горла). При аналізі результатів лікування відмічено інтенсивніший регрес симптомів гострого фарингіту в пацієнтів основної групи. Так, 8 хворих із 10,

що лікувались фурасалом, вказували на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі, 9 – на зникнення кашлю, 8 – на зникнення першіння в горлі, 17 – на зникнення відчуття сухості в горлі, 9 – на зникнення відчуття стороннього тіла в горлі (на 3-4-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 8 пацієнтів основної групи. Слизова оболонка задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка у них мала рожевий колір, нормальну вологість, нормальну консистенцію. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась у 7 пацієнтів. Стерпність фурасолу у всіх хворих виявилась доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевої терапії гострого фарингіту у дорослих виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол для місцевої терапії гострого фарингіту у дорослих в якості антибактерійного засобу.

© О.М. Школьна, А.П. Ковалик, О.В. Мацькевич, О.В. Говда, Г.Г. Волошин, 2015

*О.М. ШКОЛЬНА, К.О. ПЛЯШКО, В.В. НІКОЛОВ, М.А. ТВЕРДОХЛІБ, Б.І. ШЕВАГА
(КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ, БОРЩІВ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

АЕРОЗОЛЬ БІОПАРОКС В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ

Головним в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу, поряд з відновленням дренажу та вентиляції верхньощелепної пазухи, є адекватна антибактерійна терапія. Завдання адекватної антибактерійної терапії може бути вирішене через наявність широкого вибору антибактерійних препаратів. Одним з таких препаратів місцевої дії є аерозоль Біопарокс. Ми застосували аерозоль Біопарокс в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу як місцевий антибактерійний і протизапальний засіб у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 20 дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком від 12 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився аерозоль Біопарокс, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання.

Аерозоль Біопарокс призначався дитині 4 рази на день по 1 інгаляції в кожний носовий хід. В комплекс лікування включали судинозужувальні краплі до носа, пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотика, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль), риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі резуль-

татів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у дітей основної групи.

Так, 90 % дітей, що приймали аерозоль Біопарокс, вказували на зникнення, 10 % - на зменшення секреції з носа, 80 % - на відновлення носового дихання, 20 % - на його покращення, 90 % - на зникнення, 10 % - на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 90 % дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 70 % дітей. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % дітей основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 70 % дітей. Аерозоль Біопарокс всіма дітьми переносився добре, алергічних реакцій та інших побічних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування аерозолу Біопарокс в комплексному лікуванні дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, підвищує ефективність терапії дітей з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати аерозоль Біопарокс для місцевого лікування дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, як місцевий антибактерійний і протизапальний засіб. Аерозоль Біопарокс може поповнити арсенал середників місцевої дії, що використовуються в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей.

© О.М. Школьна, К.О. Пляшко, В.В. Ніколов, М.А. Твердохліб, Б.І. Шевага, 2015

О.М. ШКОЛЬНА, К.О. ПЛЯШКО, О.І. ЯШАН, А.О. ЯШАН (КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ СИНУПРЕТУ В КРАПЛЯХ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ

Ми застосували препарат Синупрет в краплях в комплексному лікуванні гострого гнійно-

го верхньощелепного синуситу як антибактерійний і протизапальний засіб у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2010 по 2013 рр. знаходилось 20 дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком від 12 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився Синупрет в краплях, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Синупрет призначався згідно інструкції: по 25 крапель 3 рази на день. В комплекс лікування включали судинозвужувальні краплі до носа, пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотика, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль, риноскопична картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у пацієнтів основної групи. Так, 90 % дітей, що приймали Синупрет в краплях, вказували на зникнення, 10 % - на зменшення

секреції з носа, 80 % - на відновлення носового дихання, 20 % - на його покращення, 90 % - на зникнення, 10 % - на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 90 % дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація риноскопичної картини на 5-6-й день лікування настала у 80% дітей. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % хворих основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 80 % дітей. Синупрет в краплях дітьми переносився добре, алергічних реакцій та інших побічних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування Синупрету в краплях в комплексному лікуванні дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, підвищує ефективність терапії дітей з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати Синупрет в краплях для лікування дітей, хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит як антибактерійний і протизапальний засіб.

© О.М. Школьна, К.О. Пляшко, О.І. Яшан, А.О. Яшан, 2015

*О.М. ШКОЛЬНА, О.І. ЯШАН, І.В. МАЛЬОВАНА, А.П. КОВАЛИК, І.В. ШЕВАГА,
І.В. ВОЙНАРОВСЬКИЙ (КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ,
БУЧАЧ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПОЛІСУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Для лікування хворих, оперованих з приводу субкомпенсованого і декомпенсованого хронічного тонзиліту, ми застосували інгаляції прополісу в післяопераційний період. Цим методом проліковано 40 пацієнтів віком від 19 до 42 років, яким була виконана двобічна тонзилектомія. Для приготування розчину прополіс подрібнювали, заливали водою, випливші частинки дерева, воску і ін. зливали. Потім 20 г прополісу заливали 80 г етилового спирту, склянку з розчином тримали в темноті 5-8 днів і періодично потряхували. Отриманий розчин фільтрували. Для інгаляцій брали спиртовий розчин прополісу, змішували з теплою водою в співвідно-

шенні 1:10. Інгаляції проводили на стаціонарних чи переносних інгаляторах з підігрівом суміші. Хворі отримували по 2-3 сеанси інгаляцій на протязі 3-4 днів. Тривалість сеансу була постійною, хоча в перший день робили більш короткий пробний сеанс на стерпність прополісу.

Для оцінки стану хворих і порівняльної характеристики післяопераційного перебігу використовували характер загоєння рани, ліквідації больових відчуттів. Стан хворих, які отримували прополісні інгаляції, був кращий, ніж стан тих осіб, яким дане лікування не проводилось. Це виражалось в більш ранній нормалізації апетиту, більш швидкому зникненні болей в ділянці піс-

ляопераційних ран, більш швидкому зникненні фібринозних нашарувань в тонзиллярних ямках. Необхідно відмітити більш швидкий термін очищення тонзиллярних ямок у хворих, що отримували прополісні інгаляції. Слід вказати на протизапальну дію, яку ми спостерігали при застосуванні прополісних інгаляцій. У більшості хворих при інгаляціях прополісу відмічалась анестезувальна дія в ділянках післяопераційних ран. Ми не відмічали алергійних реакцій на прополіс.

Таким чином, післяопераційний період у хворих, які отримували прополісні інгаляції, перебігав більш сприятливо, ніж у осіб, які не отримували таких інгаляцій. Дія прополісних інгаляцій на організм хворого не викликала алергійних реакцій. Вочевидь, інгаляції прополісу можуть знайти широке застосування в оториноларингологічній практиці при лікуванні хворих в післяопераційний період при тонзилектомії.

© О.М. Школьна, О.І. Яшан, І.В. Мальована, А.П. Ковалик, І.В. Шевага, І.В. Войнаровський, 2015

В.О. ШКОРБОТУН, Т.Г. КУНАХ, О.М. ВОЗНЯК, Я.В. ШКОРБОТУН (КИЇВ, УКРАЇНА)

П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НАВІГАЦІЙНИХ СИСТЕМ В ЕНДОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ ПОРОЖНИНИ НОСА, ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ ТА ПРИЛЕГЛИХ ДІЛЯНОК

Розвиток сучасної ендоскопічної риносинусохірургії пов'язаний із використанням в практиці отоларинголога нових технологій, що зумовлює удосконалення функціональних малоінвазивних втручань та ендоскопічних радикальних операцій, а також операцій на прилеглих анатомічних ділянках. Технологічний прорив у розвитку такої хірургії здійснили навігаційні системи, які дозволяють в процесі виконання оперативного втручання з високою точністю постійно контролювати положення інструментів в операційному полі шляхом відображення їх на комп'ютерних томограмах в мультипланарній та об'ємній реконструкції оперованої ділянки.

У січні 2010 року вперше в Україні на базі Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС застосована навігація в ринохірургії. Розпочали ми свою роботу з використання оптичної навігаційної системи NPU (Navigation Panel Unit), виробництва «Karl Storz», а з 2013 року в спільних з нейрохірургами операціях на основі черепа користувались також – «Curve Dual Display», виробництва «Brainlab».

Із 572 ендоскопічних втручань на структурах порожнини носа, приноскових пазухах та на прилеглих ділянках, що були проведені у відділенні за останні 5 років, навігаційна хірургія була застосована у 187 випадках (32,7%). Втручання виконувались як окремо на пазухах, так і в складі полісинусотомії, а також, як доступ до прилеглих ділянок.

Навігаційну хірургію використовували у хворих на окремих етапах втручання, у котрих за даними КТ ризик хірургічного втручання ми розцінювали як підвищений: для розкриття лоб-

ної пазухи – в 123 операціях (пацієнти зі складною будовою лобної кишені), основної пазухи – в 116 (при аномально малих основних пазухах, суттєвих змінах анатомії задніх клітин решітчастого лабіринту, сфеноетмоїдальної кишені), для контролю паперової пластинки, покривлі решітчастого лабіринту, ольфакторної ямки, латеральної та верхньої стінки основної пазухи – в 163 операціях. При поширенні процесу на суміжні ділянки, а також при доступах до них: орбіта – 8 операцій, крилопіднебінна ямка – 4, турецьке сідло та параселлярна область – 14. Також хірургічна навігація застосовувалась для ошадного розкриття окремих клітин решітчастого лабіринту та обмеження об'єму етмоїдотомії – при 84 операціях, для пошуку сторонніх тіл (пломбувальний матеріал, металеві осколки), що розташовувались підслизово та в товщі тканин – в 10 випадках. В деяких втручаннях були наявними кілька показань до застосування навігації.

Переважає більшість пацієнтів оперована з приводу хронічних запальних захворювань носа та приноскових пазух (161 хворий) і вагома частка з них (68 випадків) – це були втручання з приводу рецидиву (після операцій, виконаних в різних клініках). Окремо слід відмітити грибові синусити: навігація застосовувалась у 28 випадках грибових тіл рідкісних локалізацій за межами гайморової пазухи, у 8 випадках алергічного грибового риносинуситу при руйнуваннях (чи підозрі на руйнування) паперової пластинки, покривлі решітчастого лабіринту, стінки основної пазухи, 22 хворих оперовані з приводу новоутворень.

Всі операції виконані в запланованому об'ємі, ускладнень не спостерігалось.

Застосування навігаційної системи дозволяє ринохірургу покращити орієнтування в анатомії конкретного пацієнта і значно впевненіше та з меншим ризиком оперувати в небезпечних ділянках.

Навігаційна система має широкі перспективи для ефективних та безпечних втручань на структурах порожнини носа та біляносових пазух і особливо на суміжних ділянках – в хірургії основи черепа, орбіти, крилопіднебінної ямки.

© В.О. Шкорботун, Т.Г. Кунах, О.М. Возняк, Я.В. Шкорботун, 2015

В.О. ШКОРБОТУН, Т.Г.КУНАХ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ДОСТУПУ В ХІРУРГІЇ ЛОБНОЇ ПАЗУХИ

Розвиток ендоскопічної техніки та навігаційних систем в ринохірургії дає можливість впроваджувати малоінвазивні ефективні та безпечні операції на лобних пазухах. В той же час хірургія лобних синусів залишається найбільш складною і небезпечною частиною ендоринохірургії, що пов'язано з варіабельною анатомією лобної кишені та навколишніми небезпечними за ризиком ускладнень анатомічними структурами.

Найбільш ефективно лікування запальних захворювань лобної пазухи згідно сучасних принципів функціональної ендоскопічної риносинусохірургії – це ідентифікація та розширення шляху дренажу пазухи через ендоназальне розкриття клітин лобної кишені. Таку хірургічну тактику ми застосовуємо при хронічних фронтальних синуситах, а також при гострих процесах за неефективності консервативного лікування та при наявності анатомічних варіантів, що звужують лобно-носовий канал. За необхідності втручання у верхніх відділах пазухи та за наявності клітин лобної кишені, що проникають до пазухи, застосовуємо техніку аксиллярного клаптя та видалення передньої стінки клітини *ager nasi* за Wormald. Невеликі новоутворення за умови їх локалізації поблизу природного отвору пазухи теж видаляються за допомогою ошадних ендоскопічних підходів.

У випадку рецидиву запального процесу при вузькому природному сполученні застосовуємо більш широке ендоназальне розкриття лобної пазухи з частковим видаленням її дна (тип II за Draf). Проте наявність вираженого неостеогенезу в нижніх відділах лобної пазухи та в лобній кишені, що призвів до рецидиву, потребує формування лобно-носового каналу зовнішнім доступом або навіть облітерації пазухи.

Варіанти зовнішнього (або комбінованого) доступу використовуємо також при переломах стінок лобної пазухи.

При поширених новоутвореннях лобних пазух для доступу застосовуємо об'єднання

природних отворів лобних пазух з видаленням перегородки між пазухами та прилеглих відділів перегородки носа (тип III за Draf). Якщо даний доступ прогнозовано недостатній для повного видалення новоутворення, видаляємо його через нижню стінку пазухи, або через передню, з її пластичною реконструкцією.

Навігаційну систему застосовуємо в складних випадках, а саме: анатомічно вузький отвір лобної пазухи, наявність фронтоетmoidальних клітин III та IV типів за Kuhn, виражена клітина лобної буллі, гіпоплазія лобної пазухи, вірогідне розташування передньої решітчастої артерії безпосередньо в лобній кишені, масивний поліпозний процес в ділянці лобної кишені, а також новоутворення та рецидиви запальних процесів.

В Центрі патології ЛОР органів Клінічної лікарні «Феофанія» та Хірургічному центрі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з 2010 року виконано 214 операцій на лобній кишені та лобній пазусі. У більшості випадків виконано ендоскопічне ендоназальне розкриття лобних пазух – 182 (163 – з приводу хронічних запальних захворювань, 17 – гострих, 2 – новоутворення). У 12 випадках застосовували II тип розкриття лобних пазух за Draf (з приводу рецидивів). У 2 – III тип за Draf (з приводу новоутворень). В 10 випадках застосовувався зовнішній доступ (8 – комбінований доступ, 2 – лобнорешіткова трепанація). Навігаційну систему використано в 123 випадках.

Всі операції виконані в запланованому об'ємі і досягнуто мети втручання. Ускладнень під час втручання та в ранньому післяопераційному періоді не спостерігали.

Диференційований підхід до вибору доступу в хірургії лобної пазухи, а також застосування сучасних ендоскопічних та навігаційних систем дозволяють значно покращити ефективність операцій, уникнути невдач та ускладнень при різних хворобах та травмах фронтального синусу.

© В.О. Шкорботун, Т.Г.Кунах, 2015

ЗАКРИТА МЕТОДИКА ДРЕНУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ ПРИ ГЛИБОКИХ ТОНЗИЛОГЕННИХ ФЛЕГМОНАХ ШИЇ

Незважаючи на певні успіхи у профілактиці, розпізнаванні та лікуванні гнійних процесів глибоких клітковинних просторів шиї, кількість таких пацієнтів не зменшується, а за даними окремих авторів відмічається тенденція навіть до їх зростання. Несвоєчасна діагностика, затримка з хірургічним втручанням, неадекватний вибір обсягу операції призводять до розвитку небезпечних ускладнень – медіастиніт, сепсис, тромбози судин, поліорганна недостатність, тощо. Особливе місце займають поширені форми гнійно-некротичних флегмон шиї (ФШ), які мають швидкоплинний перебіг з розвитком вираженого інтоксикаційного синдрому, що не рідко закінчується летально.

Існуючі на сьогоднішній день підходи до лікування хворих із зазначеною патологією передбачають розкриття сформованих і виявлених під час обстеження та операції гнояків в окремих клітковинних просторах шиї з адекватним їх дренируванням. Лише вчасно проведене сануюче хірургічне втручання може забезпечити керований перебіг захворювання.

Разом з тим питання оптимальних доступів при флегмонах шиї, питання обсягу та порядку інтраопераційних і планових ревізій після сануючого втручання до цього часу залишаються дискусійними.

Залишаються також відкритими питання обсягу оперативних втручань при різних видах ФШ, об'єму резекції тканин під час операції, використання «відкритого» чи «закритого» способів дренирування ран і ведення післяопераційної рани, доцільності превентивних втручань для попередження розвитку медіастиніту, тривалості очікування ефекту від консервативної терапії, тощо.

Незважаючи на існуючі розбіжності у виборі способу оперативного втручання, на сьогоднішній день домінуючою методикою лікування ФШ залишається відкрите хірургічне втручання з розкриттям гнояків та видаленням некротичних тканин і налагодженням активного дренирування з постійним промиванням рани та інтенсивною антибактеріальною та дезінтоксикаційною терапією.

25-річний досвід оперативних втручань у клініці оториноларингології НМАПО імені П.Л.Шупика переконав нас у доцільності удо-

сконалення методики дренирування та підходу щодо ведення післяопераційної рани у таких пацієнтів. Ми прийшли до висновку про доцільність застосування так званої «закритої» або «комбінованої» методики її ведення з постійним лаважем розкритих гнояків.

Саме хірургічне втручання проводиться з урахуванням сучасних вимог гнійної хірургії і полягає у розкритті гнійного осередка, максимальної некректомії та дренирування рани широкими, як правило, множинними розрізами з ревізією усіх уражених гнійним запаленням клітковинних просторів шиї, включаючи, при необхідності, медіастинотомію та дренирування межистиння.

Важливою складовою ефективного лікування таких пацієнтів є застосування «закритої» або «комбінованої» методики ведення післяопераційної рани з раннім постійним активним проточно-відтоковим лаважем рани антисептиками. Особливість його полягає у дренируванні глибоких сліпих кишень гнійника спареними поліхлорвініловими трубками, з розташуванням їх у краніальному та каудальному напрямках, таким чином, щоб кінці останніх досягали зони локалізації первинного вогнища та шляхів поширення гнійного процесу. Зовнішні кінці дренажів виводяться назовні через окремі контрапертури і фіксуються до шкіри. Післяопераційна рана зашивається герметично. Лаваж функціонує наступним чином: через одну із спарених трубок крапельно вводиться розчин антисептика, через іншу – здійснювався відтік промивної рідини. Крім того, 2-3 рази на добу проводився активний струменевий лаваж за допомогою шприца із під'єднанням до нижньої трубки вакуум-аспіратора.

За описаною методикою прооперовано нами 16 пацієнтів з тонзилотичними глибокими флегмонами шиї.

Перевагами закритого методу дренирування глибоких флегмон шиї та закритого методу ведення післяопераційної рани є зменшення всмоктування токсинів за рахунок постійного лаважу порожнини рани антисептиком, запобігання контамінації рани вторинною внутрішньолікарняною мікрофлорою, що сприяє скороченню термінів очищення рани і одужування хворих.

ВПЛИВ СТАНУ НАВКОЛОНОСОВИХ СИНУСІВ НА РЕЗУЛЬТАТИ СИНУСЛІФТИНГУ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ ТОМОГРАФІЇ

Сучасний стан дентальної імплантації, її ефективність, та надійність забезпечують популярність вказаної методики у населення. Особливої уваги потребують пацієнти, яким для аугментації кісткової тканини необхідно проведення синусліфтингу. Адже останній є більш агресивним у порівнянні з дентальною імплантацією, потребує формування безпосереднього доступу до порожнини верхньощелепного синуса з метою елевачії періосту в ділянці аугментації, потребує оцінки перед операцією стану верхньощелепного синуса. Протипоказом до виконання синусліфтингу зі сторони верхньощелепного синуса є наявність гострого чи загострення хронічного синуситу, виражені рубцеві зміни періосту після втручання за Калдуел-Люком.

Нами проведено аналіз даних конусно-променевої томографії верхньої щелепи у 30 пацієнтів, яким успішно виконано синусліфтинг. Оцінювались особливості будови та наявність патологічного процесу в просвіті верхньощелепного синуса та у вказаних пацієнтів до та після втручання, а також розміщення ділянки аугментованої кістки стосовно структур верхньощелепного синуса. У 3-х осіб синусліфтинг був двобічним, тому оцінювались 33 синуса.

У 18 випадках слизова оболонка верхньощелепного синуса була не змінена, у 7 – потовщена до 5 мм, із них локально – 3, тотально – 2, у 2 – потовщена більше 5 мм (локально). Утворення у просвіті синуса, що нагадують поліпи виявлено у 2 пацієнтів, кісти – у 4. Розмір останніх був від 5 до 15 мм, і розміщувались вони переважно у нижніх відділах синуса, далеко від ділянки природного співустя і не сягали вище $\frac{1}{2}$ висоти пазухи.

За об'ємом сканування (первинно метою дослідження була верхня щелепа) оцінити стан остіо-меатального комплексу та верхніх відділів перегородки носа виявилось можливим у 12 випадках із 30. Викривлення перегородки носа відмічалось у 8 осіб, із них «значиме» (контактні гребні, шипи) – у 2-х.

Із 12 випадків візуально вузьке співустя верхньощелепного синуса виявлено у 4 осіб, із них звуження за рахунок бульозної середньої носової раковини – у 2 пацієнтів, та по одній особі за рахунок великої етмоїдальної булли та клітин Галера.

В одному випадку відмічалась наявність субтотального затемнення у верхньощелепному синусі з протилежної проведеному синусліфтингу сторони, із гіперінтенсивним включенням в центральних відділах (по типу синусміцетомі) при відсутності змін зі сторони, де був успішно виконаний синусліфтинг.

Конусно-променева томографія після синусліфтингу проводилась в період від 5 до 9 місяців після втручання, коли прогнозовано зникали реактивні зміни періосту синуса.

Розподіл нової сформованої кісткової тканини після синусліфтингу відмічалось у субперіостальній ділянці в межах альвеолярної бухти верхньощелепного синуса. При цьому у 2-х випадках відмічалось її поширення ближче до передньої стінки верхньощелепного синуса на 0,7 см нижче місця виходу інфраорбітального нерва та у одного пацієнта в напрямку медіальної стінки верхньощелепного синуса до рівня дна порожнини носа.

При порівнянні даних томографії до та після синусліфтингу «погіршення» рентгенологічних симптомів патологічного процесу в синусі внаслідок дентального втручання не виявлено в жодному випадку

Синусліфтинг та дентальна імплантація були ефективними у всіх вищезгаданих пацієнтів. Не зважаючи на наявність змін зі сторони слизової оболонки верхньощелепного синуса та структур порожнини носа у значної частини з них (44,5% випадків) це не призвело до розвитку ускладнень при дентальній хірургії. Негативного впливу проведеного синусліфтингу на перебіг патологічних процесів у синусах в нашому дослідженні не виявлено. Відомо, що рубцеві зміни періосту верхньощелепного синуса є «фактором ризику» при дентальній імплантації. Зважаючи на те, що кожен пацієнт, якому виконується втручання на верхньощелепному синусі може розглядатись як потенційний кандидат на дентальну імплантацію та враховуючи розподіл новосформованої кістки після синусліфтингу в просвіті верхньощелепного синуса слід визначити зону небажаного травмування періосту в нижніх відділах верхньощелепного синуса на рівні 10 мм доверху від дна порожнини носа та 5 мм донизу від місця виходу п. infraorbitalis.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ДІТЕЙ З РИНОСИНУІТАМИ НА ФОНІ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ

Підходи до лікування дітей із рецидивуючим риносинуситом на фоні аденоїдних вегетацій має певні особливості. Гіпертрофія лімфоїдної тканини у склепінні носоглотки – один із факторів, що сприяє рецидивам запальних захворювань навколосинових синусів у дітей.

Міжнародні керівництва щодо лікування риносинуситів у дітей (AAO-HNS 2012; Lieser JD, Derkay CS. 2005 та ін.) рекомендують виконання аденотомії при відсутності ефекту від попереднього проведеного медикаментозного лікування. Проте, рутинне виконання вказаного хірургічного втручання не завжди забезпечує бажаний результат. На нашу думку, однією з причин вказаного стану є недостатня увага до можливої патології остіо-меатального комплексу (ОМК). Детальне дослідження особливостей будови ОМК потребує виконання комп'ютерної томографії, що супроводжується додатковим променевим навантаженням на дитину, що не бажано в дитячому віці, але разом з тим виявлення додаткових фонтанел з феноменом рециркуляції слизу, поліпів порожнини носа можливе при риноендоскопії.

Нами виконано аналіз результатів обстеження 207 пацієнтів, оперованих у Хірургічному центрі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з приводу аденоїдних вегетацій у 2014-2015 роках. Вік пацієнтів - від 2 років 8 міс. до 11 років 3 місяців. Встановлено, що у 13 (6,28%) з 207 дітей, окрім симптоматики, пов'язаної з аденоїдними вегетаціями, в анамнезі відмічались по 3-4 рази на рік повторні риносинусити з рентгенологічним або риноскопичним підтвердженням.

Під час проведення передопераційного ендоскопічного дослідження цих 13 дітей, у трьох випадках, окрім аденоїдних вегетацій, виявлено зміни ОМК - задню фонтанелу і рециркуляцію слизу у верхньощелепному синусі. У двох з них аденоїдні вегетації були II ступеня, у третього – I-II ступеня із рубцевими змінами у носоглотці (стан після аденотомії).

Всі тринадцять дітей неодноразово проходили курси медикаментозного лікування, що включали антибіотикотерапію відповідно результатів бактеріологічних досліджень та топич-

ні кортикостероїди інтраназально. Ефект від лікування був тимчасовим, і через 1-2 місяці знову виникав рецидив риносинусита. Один із пацієнтів, як вже відмічалось, переніс аденотомию, яка дала короткотривале покращення носового дихання, проте, не вирішила питання рецидивів захворювання.

Зважаючи на планування ендориноскопічного втручання з метою корекції ОМК та необхідність виключення іншої патології синусів вказаним трьома пацієнтам було виконано конусно-променеву комп'ютерну томографію (КПКТ) порожнини носа та навколосинових пазух. За даними КПКТ встановлено, що слизова оболонка верхньощелепних та решітчастих синусів потовщена, в нижніх відділах синусів – залишки рідкого вмісту. У одного з пацієнтів відмічалось значне звуження природного отвору верхньощелепного синуса за рахунок щільного прилягання гачковидного відростка.

Зважаючи на неефективність медикаментозного лікування рецидивуючого риносинуситу, наявність аденоїдних вегетацій з порушенням носового дихання, всім тринадцяти пацієнтам було запропоновано хірургічне лікування. Об'єм операції: ендоскопічна мікродабридерна аденотомія, з ревізією ОМК. Трьом дітям виконана корекція остіо-меатального комплексу з об'єднання виявленої фонтанели з природним співустям синуса, яка в одному випадку поєднана із частковою унцінактомією.

Всі оперативні втручання пройшли без ускладнень. Після виписки із стаціонару пацієнти отримували відстрочені курси топічних стероїдів. При проспективних дослідженнях - рецидив риносинусита відмічено у однієї дитини, проте він мав легший перебіг ніж до втручання. Термін спостереження від 3-х до 24 міс.

Висновки: При хірургічному лікуванні дітей з рецидивуючими риносинуситами на фоні аденоїдних вегетацій показана ендоскопічна ревізія ОМК з усуненням виявленої патології, що може провокувати рецидиви риносинусита. Запропонована тактика дозволяє зменшити частоту епізодів риносинусита у переважній більшості осіб.

СПІВВІДНОШЕННЯ ДАНИХ ВІДЕОЛАРИНГОСТРОБОСКОПІЇ ТА ІМПЕДАНСНОЇ АУДІОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ГІПОТОНУСНОЇ ДИСФОНІЇ

Серед усіх нозологічних форм функціональних порушень голосу найбільш поширеною є функціональна гіпотонусна дисфонія (ФГД), яка супроводжується зниженим тонусом голосових м'язів і нерідко має ускладнений перебіг. Методика відеоларингостробоскопії дозволяє об'єктивно оцінити функціональний стан голосового апарату пацієнтів з функціональними порушеннями голосоутворення, а її параметри можуть служити важливими діагностичними критеріями при визначенні тяжкості порушень.

У рамках реалізації голосової функції серед усіх інших взаємозв'язків і взаємодій найважливішими є інтеграційні відношення з центральною нервовою системою та слуховим аналізатором, при цьому особливе місце посідають складні механізми слухо-голосомовних взаємодій. Слуховий контроль має надзвичайне значення для голосу, стан слухової функції обов'язково відбивається на якості голосоутворення.

Імпедансна аудіометрія є методикою, яка дозволяє не тільки оцінити стан певних структур слухового аналізатора, але і до певної міри судити про стовбуромозкові структури за показниками амплітуди АРВМ (акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів). Зважаючи на значну роль стовбуромозкових структур у регуляції діяльності гортані, дослідження показників АРВМ у пацієнтів з функціональними порушеннями голосу представляють значний інтерес.

Обстежено 40 хворих з ускладненим перебігом функціональних дисфоній, які не мали контакту з шумом чи радіацією та не страждають судинними захворюваннями. Під нашим наглядом знаходились хворі з функціональною гіпотонусною дисфонією, ускладненою передвузликовим станом голосових складок, вузликами голосових складок та гіпертонусом вестибулярного відділу гортані. Вони були розділені на дві групи.

Першу групу склали 20 пацієнтів з функціональною гіпотонусною дисфонією, ускладненою передвузликовим станом голосових складок (13 осіб) та вузликами голосових складок (7 осіб); другу групу склали пацієнти з функціональною гіпотонусною дисфонією, ускладненою передвузликовим станом (12 осіб) та вузликами (8 осіб), у яких крім того мав місце гіпертонус вестибулярного відділу гортані.

Відеоларингостробоскопічне дослідження проводилося на комплексі обладнання німець-

кої фірми "Storz", який складається з ларингостробоскопа, ендовідеокамери, фірмового електронного блоку для документації та обробки даних, а також набору жорстких ендоскопів. Для кількісно-якісної оцінки даних відеоларингостробоскопії ми використали метод Г.Ф.Іванченка (1992) – систему бальної оцінки фонаторних коливань при стробоскопічному дослідженні.

Імпедансна аудіометрія виконувалася на імпедансометрах "Amplaid-720" (Італія) та Siemens SD 30 (Німеччина). Результати оцінювались з використанням методів варіаційної статистики із застосуванням таблиці критеріїв Стьюдента.

За даними відеоларингостробоскопії середня кількість балів в групі пацієнтів з псевдоскладковим механізмом голосоутворення (2 група) склала $(12,30 \pm 0,31)$, що достовірно ($p < 0,01$) більше, ніж в першій $(10,60 \pm 0,26)$ та контрольній $(5,010 \pm 0,001)$ групах. Це свідчить про значні, більш виражені відхилення у функціонуванні голосового апарату у хворих 2 групи. В першій групі теж має місце достовірне ($p < 0,01$) підвищення кількості балів відносно контрольної групи. Отже, групи достовірно відрізняються між собою за ступенем порушень у голосовому апараті за даними відеоларингостробоскопії.

Показники тимпанометрії, порогові та часові показники АРВМ у всіх обстежених нами хворих знаходилися в межах норми.

Що ж стосується амплітудних показників АРВМ, то нами встановлено, що в обох групах має місце достовірне ($p < 0,01$) зниження амплітуди АРВМ порівняно з даними контрольної групи. Однак, в другій групі пацієнтів відмічається більш виражене зниження ($p < 0,01$) амплітуди АРВМ, ніж в першій. Так, в 2 групі при іпсілатеральній стимуляції амплітуда АРВМ склала $(0,170 \pm 0,004)$, а в 1 вона дорівнювала $(0,120 \pm 0,007)$ при нормі $(0,210 \pm 0,006)$ смЗ.

Оскільки відомо, що амплітудні показники АРВМ також відображають стан стовбуромозкового відділу слухового аналізатора, можна припустити, що отримані дані свідчать про дисфункцію стовбуромозкового відділу слухового аналізатора у пацієнтів з порушеннями голосу, особливо у тих, які мають гіпертонус вестибулярного відділу гортані.

Отже, отримані дані сприяють підвищенню якості діагностики функціональних голосо-

вих порушень, амплітудні показники АРВМ можуть служити в якості об'єктивних критеріїв при визначенні тяжкості перебігу функціональних дисфоній.

На нашу думку, показники відеоларингоскопії у взаємозв'язку з амплітудними показниками імпедансної аудіометрії можна засто-

совувати для підвищення якості діагностики функціональних голосових порушень, при визначенні тяжкості та прогнозуванні перебігу функціональних дисфоній, а також використовувати в якості об'єктивних критеріїв при профвідборі та вирішенні питань трудової експертизи осіб голосомовних професій.

© Т.В. Шидловська, Т.А. Шидловська, К.Ю. Куреньова

*О.І. ЯШАН, М.І. ГЕРАСИМЮК, В.В. НІКОЛОВ, А.О. ЯШАН, Б.І. ШЕВАГА, М.А. ТВЕРДОХЛІБ
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, БОРЩІВ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ КРАПЕЛЬ НАЗАЛЬНИХ МАРИМЕР ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНІТУ У ДІТЕЙ

Під нашим спостереженням з жовтня 2013 по червень 2014 рр. знаходилось 25 дітей на гострий катаральний риніт в другій стадії віком від 13 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну (15 дітей) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Діти основної групи отримували краплі назальні Маример і загальноприйняте лікування, контрольної – тільки загальноприйняте лікування. Краплі назальні Маример призначались згідно інструкції: по 3 краплі в кожний носовий хід 4 рази на день.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на виділення з носа, вплив на слюзотечу, вплив на носове дихання, вплив на чхання, вплив на шум у вухах, вплив на поколювання у вухах), риноскопична картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів риніту у дітей основної групи. Так, 13 із 15 дітей цієї групи вказували на зникнення, 2-на зменшення виділень з носа, 13 – на зникнення, 2 – на зменшення слюзотечі, 14 – на відновлення, 1 – на покращення носового дихання, 14 – на зникнен-

ня чхання, 14 – на зникнення шуму у вухах, 14 – на зникнення поколювання у вухах (на 3-4-у добу лікування). Повне зникнення всіх симптомів риніту спостерігалось на 6-у добу від початку лікування. У дітей контрольної групи ці показники були значно нижчими. Покращення у них відмічалось з 5-6-ї доби від початку лікування, а ліквідація всіх симптомів риніту – на 7-8-у добу. Риноскопична картина нормалізувалась на 6-у добу лікування у всіх дітей основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції. В контрольній групі риноскопична картина нормалізувалась на 7-8-у добу лікування. Стерпність крапель назальних Маример у всіх дітей була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, одержані нами результати вказують на ефективність назальних крапель Маример в місцевому лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) у дітей. На підставі одержаних даних застосування крапель назальних Маример можна рекомендувати для впровадження в клінічну практику при місцевому лікуванні даної патології порожнини носа у дітей.

© О.І. Яшан, М.І. Герасимюк, В.В. Ніколов, А.О. Яшан, Б.І. Шевага, М.А. Твердохліб, 2015

*А.О. ЯШАН, М.І. ГЕРАСИМЮК, В.В. НІКОЛОВ, Б.І. ШЕВАГА, М.А. ТВЕРДОХЛІБ
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, БОРЩІВ; УКРАЇНА)*

ФУРАСОЛ В ЛІКУВАННІ КАТАРАЛЬНОЇ АНГІНИ У ДІТЕЙ

Ми вивчали ефективність застосування антибактерійного препарату фурасол (фурагін

розчинний) в якості місцевої терапії катаральної ангіни у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилось 20 дітей, хворих на катаральну ангіну, віком від 9 до 17 років. Діти були розподілені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 10 дітей, в контрольну – також 10. Дітям основної групи призначалась протизапальна терапія і полоскання горла розчином фурасолу, діти контрольної групи отримували протизапальну терапію і полоскання горла розчином бікарбонату натрію. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином діти полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на головний біль, вплив на біль в горлі при ковтанні), фарингоскопічна картина (колір, консистенція слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, величина мигдаликів), показники температури тіла. При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення піднебінних мигдаликів у дітей основної групи. Так, всі ді-

ти цієї групи вказували на зникнення головного болю, 8 із 10 – на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі при ковтанні (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 9 дітей основної групи. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння і піднебінних дужок у них мала рожевий колір, була м'якої консистенції, мигдалики мали звичайну величину. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 7 із 10 дітей. Температура тіла нормалізувалась на 5-6-й день лікування у всіх дітей основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 5-6-й день лікування мала місце у 8 дітей. Стерпність фурасолу у всіх дітей була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування фурасолу в місцевому лікуванні катаральної ангіни у дітей виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол в місцевому лікуванні катаральної у дітей як антибактерійний засіб.

© А.О. Яшан, М.І. Герасимюк, В.В. Ніколов, Б.І. Шевага, М.А. Твердохліб, 2015

*О.І. ЯШАН, А.П. КОВАЛИК, О.М. ШКОЛЬНА, М.А. ТВЕРДОХЛІБ
(ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ, БОРЩІВ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ АЕРОЗОЛЮ БІОПАРОКС В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ЛАКУНАРНОЇ АНГІНИ У ДОРΟΣЛИХ

Ми застосували аерозоль Біопарокс в місцевому лікуванні лакунарної ангіни у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2011 по 2014 рр. знаходилось 20 хворих на лакунарну ангіну віком від 19 до 40 років.

Хворі були розподілені на дві групи: основну (10) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Пацієнти основної групи отримували аерозоль Біопарокс і загальну протизапальну терапію, контрольної – полоскання горла розчином фурациліну 1:5000 і загальну протизапальну терапію. Аерозоль призначався хворим 4 рази на день по 4 інгаляції через рот і 2 інгаляції в кожний носовий хід.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими, фарингоскопічна картина та показники темпера-

тури тіла. При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів ангіни у хворих основної групи. Скарги на головний біль, сильний біль у горлі при ковтанні у хворих, що приймали загальне протизапальне лікування та аерозоль Біопарокс, поступово зникали через 5-6 днів у більшості (8) хворих. Решта 2 пацієнти відмічали зменшення неприємних відчуттів у горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: зникали гіперемія і збільшення піднебінних мигдаликів, нашарування в лакунах. Температура тіла нормалізувалась у всіх пацієнтів. У хворих контрольної групи позитивний ефект настав до 8-9-го дня лікування. Стерпність аерозолі Біопарокс у всіх хворих була доброю, за виключенням 3 пацієнтів у яких спостеріга-

лись сухість в роті і покашлювання. Алергійних реакцій не спостерігалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування аерозолі Біопарокс в місцевому лікуванні лакунарної ангіни у дорослих суттєво покращує самопочуття хворих, значною мірою усуває основні симптоми

захворювання. Аерозоль Біопарокс простий у застосуванні, добре переноситься хворими, системно не впливає на організм, рідко має побічну дію, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії пацієнтів з вказаною патологією.

© О.І. Яшан, А.П. Ковалик, О.М. Школьна, М.А. Твердохліб, 2015

*О.І. ЯШАН, О.В. МАЦЬКЕВИЧ, В.В. НІКОЛОВ, Т.В. ПРОЦЬ, О.П. МЕУШ,
Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ДУБЛЯНИ, МОНАСТИРИСЬК, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

ФУРАСОЛ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ЛАКУНАРНОЇ АНГІНИ У ДОРΟΣЛИХ

В терапії лакунарної ангіни застосовуються різні загальні і місцеві середники. Ми використали антибактерійний препарат фурасол (фурагін розчинний) в місцевому лікуванні лакунарної ангіни у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014рр. знаходилося 18 хворих на лакунарної ангіну віком від 20 до 40 років. Хворі були розподілені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 9 хворих, в контрольну – також 9. Хворі основної групи отримували протизапальну терапію і полоскання горла розчином фурасолу, хворі контрольної групи – протизапальну терапію і полоскання горла розчином бікарбонату натрію. Приготування розчину фурасолу проводили безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином хворі полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на головний біль, вплив на біль в горлі при ковтанні), фарингоскопічна картина (колір, консистенція слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, величина мигдаликів, відсутність в їх лакунах нашарувань), показники температури тіла. Аналіз результатів лі-

кування показав інтенсивніший регрес симптомів ангіни у пацієнтів основної групи. Так, всі хворі цієї групи вказували на зникнення головного болю, 8 із 9 – на зникнення, 1 – на зменшення болю в горлі при ковтанні (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 7 хворих основної групи. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння і піднебінних дужок у них мала рожевий колір, була м'якої консистенції, мигдалики мали звичайну величину. Нашарування в лакунах мигдаликів були відсутні. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 6 із 9 хворих. Температура тіла нормалізувалась на 5-6-й день лікування у всіх пацієнтів основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 5-6-й день лікування мала місце у 7 хворих. Стерпність фурасолу у всіх пацієнтів виявилась доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного хворого.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевого лікування лакунарної ангіни у дорослих було ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол для місцевого лікування лакунарної ангіни у дорослих в якості антибактерійного засобу.

© О.І. Яшан, О.В. Мацькевич, В.В. Ніколов, Т.В. Проць, О.П. Меуш, Т.В. Чортківський, 2015

*О.І. ЯШАН, В.В. НІКОЛОВ, І.В. МАЛЬОВАНА, О.В. СТАХІВ, К.О. ПЛЯШКО, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

СПРЕЙ НАЗАЛЬНИЙ МАРИМЕР В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРОСЛИХ

Під нашим спостереженням з 2013 по 2014 рр. знаходилося 30 хворих на гострий катаральний риніт в другій стадії віком від 20 до 40 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (15 хворих) і контрольну (15). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Хворі основної групи отримували спрей назальний Маример і загальноприйняте лікування, контрольної – тільки загальноприйняте лікування. Спрей назальний Маример призначався згідно інструкції: по 3 впрыскування в кожний носовий хід 4 рази на день.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на виділення з носа, вплив на сльозотечу, вплив на носове дихання, вплив на чхання, вплив на шум у вухах, вплив на поколювання у вухах), риноскопична картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів риніту у хворих основної групи. Так, 13 із 15 хворих цієї групи вказували на зникнення, 2-на зменшення виділень з носа, 12 – на зникнення, 3 – на зменшення сльозотечі, 14 – на відновлення, 1 – на покращення носового дихання, 13 – на зникнення чхання, 13 – на зникнення шуму у вухах, 14 –

на зникнення поколювання у вухах (на 3-4-у добу лікування). Повне зникнення всіх симптомів риніту спостерігалось на 6-у добу від початку лікування. У хворих контрольної групи ці показники були значно нижчими. Покращення у них відмічалось з 5-6-ї доби від початку лікування, а ліквідація всіх симптомів риніту – на 7-8-у добу. Риноскопична картина нормалізувалась на 6-у добу лікування у всіх хворих основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції. В контрольній групі риноскопична картина нормалізувалась на 7-8-у добу лікування. Стерпність спрею назального Маример у всіх хворих була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодного пацієнта.

Таким чином, одержані нами результати вказують на ефективність спрею назального Маример в місцевому лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. На підставі одержаних даних застосування спрею назального Маример у місцевому лікуванні гострого катарального риніту (другої стадії) можна рекомендувати для впровадження в клінічну практику при місцевому лікуванні даної патології порожнини носа у дорослих.

© О.І. Яшан, В.В. Ніколов, І.В. Мальована, О.В. Стахів, К.О. Пляшко, І.В. Шевага, 2015

*О.І. ЯШАН, К.О. ПЛЯШКО, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.М. ШКОЛЬНА, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ
(ТЕРНОПІЛЬ, КИЇВ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ З ЗАСТОСУВАННЯМ СИНУПРЕТУ В КРАПЛЯХ У ДОРОСЛИХ

Ми застосували препарат Синупрет в краплях в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу як антибактерійний і протизапальний засіб у дорослих.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилося 20 хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит віком від 19 до 38 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: основну (10), в схему лікування яких вводився Синупрет в краплях, та контрольну (10), які лікувались за традиційною схемою. Групи були співставлені за віком і перебігом

захворювання. Синупрет призначався згідно інструкції: по 50 крапель 3 рази на день. В комплекс лікування включали судинозвужувальні краплі до носа, пункції і промивання верхньощелепної пазухи розчином фурациліну 1:5000 з послідовним введенням в пазуху розчину антибіотика, до якого виявлена найбільш чутлива виділена мікробна флора.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на секрецію з носа, вплив на носове дихання, вплив на головний біль, риноскопична

картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа), стан верхньощелепної пазухи (об'єм пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів запалення верхньощелепної пазухи у пацієнтів основної групи. Так, 90 % хворих, що приймали Синупрет, вказували на зникнення, 10 % - на зменшення секреції з носа, 80 % - на відновлення носового дихання, 20 % - на його покращення, 90 % - на зникнення, 10 % - на зменшення головного болю (на 5-6-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопична картина нормалізувалась на 5-6-й день лікування у 90 % пацієнтів основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції, без виділень. В контрольній групі нормалізація рино-

скопичної картини на 5-6-й день лікування наставала у 70 % пацієнтів. Стан верхньощелепної пазухи (збільшення об'єму пазухи, відсутність гнійних виділень в пазусі) покращився на 5-6-й день лікування у 80 % хворих основної групи; в контрольній групі стан верхньощелепної пазухи покращився на 5-6-й день лікування у 70 % пацієнтів. Препарат Синупрет всіма хворими переносився добре, алергійних реакцій та інших побічних ефектів не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування препарату Синупрет в краплях в комплексному лікуванні хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати Синупрет в краплях для лікування хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит як антибактерійний і протизапальний засіб.

© О.І. Яшан, К.О. Пляшко, Г.С. Протасевич, О.М. Школьна, Р.Т. Чортківський, 2015

*О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Ю.М. АНДРЕЙЧИН, О.В. МАЦЬКЕВИЧ, В.Г. КОРИЦЬКИЙ,
І.В. ШЕВАГА (ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ КРЕМУ ПІНОСОЛ ПІСЛЯ ДЕЯКИХ ЕНДОНАЗАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

У хворих, що перенесли хірургічні втручання в порожнині носа (підслизову конхотомію, ультразвукову дезінтеграцію нижніх носових раковин, підслизову кріоконхотомію та ін.) у відповідь на операційну травму виникають відповідні реакції в носі, що отримали назву «післяопераційного» риніту. «Післяопераційний» риніт виявляється на другий день після вилучення турунд з порожнини носа і проявляється гіперемією, набряком слизової оболонки, слизовими виділеннями, деяким звуженням носових ходів, що утруднює носове дихання. Тому в післяопераційному лікуванні таких хворих потребується застосування відповідних фармакологічних середників. Ці препарати не повинні володіти подразнювальною і алергізувальною дією, пригнічувати місцевий імунітет, і в той же час володіти протизапальними, стимулювальними регенерацію і епітелізацію тканин якостями. Препаратом, який в найбільшій мірі відповідає всім цим вимогам, є Піносол в формі крапель, мазі чи крему. Метою клінічного застосування було визначити терапевтичну ефективність і стерпність препарату Піносол крем в ніс у хворих на «післяопераційний» риніт при деяких

ендоназальних хірургічних втручаннях (підслизовій конхотомії, ультразвуковій дезінтеграції нижніх носових раковин, підслизовій кріоконхотомії). Застосування крему Піносол здійснювалось 3 рази на добу шляхом нанесення його на слизову оболонку порожнини носа за допомогою турунд, просочених гелем Піносол з подальшим їх витягуванням – через 20 хв. Препарат застосовували на протязі 5-7 днів, в окремих випадках – 10 днів. Ні в одному з спостережень тривалість застосування крему Піносол не перевищувала 10 днів. Контроль ефективності лікування проводили на 1-й, 3-й, 4-й, 5-й день, коли після зменшення симптомів «післяопераційного» риніту лікування припиняли. Завершальне обстеження проводилось на 7-й день. При контролі на 7-й день за клінічною картиною вирішували питання про необхідність продовження лікування ще на 3 дні. Тоді завершальне обстеження проводили на 10-й день.

Критерієм ефективності лікування слугували: а) суб'єктивні відомості хворого про покращення стану: зменшення скарг; кількість секрету; носове дихання; відчуття загального покращення; відчуття більш швидкого одужання;

зміна інших суб'єктивних відчуттів; б) об'єктивні симптоми: риноскопична картина; попередження розвитку вторинної бактерійної інфекції; скорочення тривалості хвороби; полегшення перебігу хвороби.

Під нашим спостереженням за період з 2005 по 2009 рр. знаходилося 16 хворих віком від 18 до 50 років. Серед них було 12 осіб чоловічої статі і 4 – жіночої. У 7 хворих «післяопераційний» риніт, мав місце при підслизовій конхотомії, у 4 – при ультразвуковій дезінтеграції нижніх носових раковин, у 5 – при підслизовій кріоконхотомії. У 14 хворих використовувався крем тривалістю від 4 до 7 днів (у 8-7 днів, у 4 – 6 днів, у 1 – 5 днів, у 1 – 4 дні). 2 хворих лікувались 10 днів. Пацієнти, крім крему Піносол, отримували за призначенням лікаря антибіотики (Тетрациклін) перорально і сульфаніламідні препарати (Сульфадимезин) також перорально.

Суб'єктивна оцінка терапії хворими в цілому була позитивною. Із 16 хворих на «післяопераційний» риніт при вказаних хірургічних втручаннях 14 осіб вказували на відновлення носового дихання, 2 – на його покращення. 13 пацієнтів відмічали зменшення секретії з носа, 3 – її зникнення. 5 хворих вказували на більш швидке одужання. Ретельно оцінювали об'єктивні показники лікування. Після терапії у хворих слизова оболонка порожнини носа виявилася рожевою, мала нормальну вологість і нормальну консистенцію, виділень з носа не відмічалось, носове дихання було вільним.

Суб'єктивні і об'єктивні симптоми «післяопераційного» риніту при вказаних ендоназальних хірургічних втручаннях – значний набряк слизової оболонки порожнини носа з виділенням великої кількості слизового секрету, відчуття закладеності носа і утруднення носового дихання – зникали у більшості хворих (13) уже на другий день застосування крему. А багато з них (10) значне полегшення відмітили уже після першого застосування препарату. В динаміці спостереження хворі відмітили високу ефективність препарату, що ґрунтується на таких суб'єктивних показниках: тривалий і стабільний судинозвужу-

вальний ефект, більш легке відходження слизових виділень, більш раннє зникнення обтяжливого болісного стану. У всіх спостереженнях ці симптоми зникали на 4-10-й день лікування.

Сприйняття крему Піносол у спостережуваних хворих розцінено як добре; виражених алергійних реакцій не відмічалось. Проте при проведенні лікування кремом Піносол у 2 хворих спостерігали такі побічні ефекти: а) безпосередньо після введення в порожнину носа крему Піносол виникало відчуття підсилення закладання порожнини носа, яке поступово (через 1-3 год) зникало; б) виникнення короточасних нападів чхання після введення в носову порожнину крему Піносол; в) першіння в горлі в перші хвилини введення препарату. Причину цих побічних явищ, очевидно, можна пояснити надлишковим введенням препарату. При зменшенні кількості уведеного препарату побічних явищ у цих же хворих не відмічалось.

Таким чином, ефективність крему Піносол, вважаємо доброю. Препарат Піносол крем в ніс надає ощадливу і пролонговану дію на слизову оболонку порожнини носа, володіє проти-запальними властивостями, стимулює регенерацію і епітелізацію тканин, що дозволяє рекомендувати його до застосування в якості місцевого засобу в комплексному лікуванні хворих на «післяопераційний» риніт, які перенесли ендоназальні хірургічні втручання (підслизову конхотомію, ультразвукову дезінтеграцію нижніх носових раковин, підслизову кріоконхотомію). На підставі отриманих даних вважаємо, що крем Піносол є ще одним середником в арсеналі спектру лікарських засобів для місцевого лікування «післяопераційного» риніту при вказаних ендоназальних хірургічних втручаннях. Даний препарат заслуговує більш широкого впровадження в оториноларингологічну практику при лікуванні даної післяопераційної патології. Широке впровадження крему Піносол в клінічну практику дозволить покращити якість лікування «післяопераційного» риніту при вказаних ендоназальних хірургічних втручаннях, що полегшить якість життя таких хворих.

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, О.В. Мацькевич, В.Г. Корицький, І.В. Шевага, 2015

*О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.А. ГАВУРА, Л.І. ЦМОКАЛЮК
(ТЕРНОПІЛЬ, ЖИТОМИР; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ БІОНАЗОЛ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА «ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ» РИНІТ ПРИ ДЕЯКИХ ЕНДОНАЗАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ

У хворих, що перенесли ендоназальні хірургічні втручання (підслизова резекція перегородки носа, конхотомія та ін.), у відповідь на хірургічну травму виникає «післяопераційний» риніт, який виявляється на другий день після видалення турунд з порожнини носа і проявляється гіперемією, набряком слизової оболонки, деяким звуженням носових ходів, що утруднює носове дихання. Ці явища утримуються на протязі 6-7 днів. Тому в післяопераційному лікуванні таких хворих застосовуються відповідні фармакологічні препарати. Ці препарати мають забезпечувати протизапальні, стимулювальні регенерацію і епітелізацію тканин якості і в той же час не володіти подразнювальною і алергізувальною дією, не повинні пригнічувати місцевий імунітет. Пошук нових препаратів для місцевого лікування «післяопераційного» риніту триває донині. Одним з таких препаратів є Біоназол. Ми застосовували його в лікуванні хворих на «післяопераційний» риніт при підслизовій резекції перегородки носа і конхотомії. Лікування проведено 138 хворим при підслизовій резекції перегородки носа і 8 при конхотомії віком від 16 до 52 років, які склали основну групу. В якості контролю використано дані про 52 пацієнтів такого ж віку, яким з метою ліквідації «післяопераційного» риніту застосовано судинозвужувальний препарат Галазолін. Препарат Біоназол застосовували 3 рази на добу шляхом закрапування по 3 краплі в кожний носовий хід. Галазолін вносився по 5 крапель в кожний носовий хід також 3 рази на добу. Суб'єктивна оцінка лікування хворими в цілому була позитивною. 112 пацієнтів вказували на відновлення носового дихання, 26-

на його покращення, 114 хворих відмічали зменшення секреції, 24-її зникнення. При оцінці показників лікування за об'єктивними критеріями відмічена нормалізація чи покращення риноскопичної картини на 3-4-й день лікування. У 118 хворих слизова оболонка порожнини носа була рожевою, нормальної вологості, нормальної консистенції. Носове дихання виявилось вільним. Це були особи після підслизової резекції перегородки носа. У інших 20 хворих (12 після підслизової резекції перегородки носа і 8 після конхотомії) слизова оболонка носової порожнини була трохи набряклою, рожево – червоного кольору, трохи підвищеної вологості, нормальної консистенції, відмічались водянисті виділення. Прохідність носа виявилась дещо утрудненою. Препарат Біоназол всіма хворими переносився добре. Побічних ефектів не відмічалось у жодного пацієнта. Регрес симптомів «післяопераційного» риніту у осіб контрольної групи спостерігався на 5-6-й день лікування.

Таким чином, застосування препарату Біоназол в місцевому лікуванні хворих на «післяопераційний» риніт при підслизовій резекції перегородки носа і конхотомії виявилось ефективним. Одержані результати дають підставу рекомендувати Біоназол для місцевого лікування хворих на «післяопераційний» риніт при підслизовій резекції перегородки носа і конхотомії, як протизапальний і проти набряковий засіб. Даний препарат заслуговує більш широкого впровадження в оториноларингологічну практику для лікування хворих з «післяопераційним» ринітом при вказаних ендоназальних хірургічних втручаннях.

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, Л.І. Цмокалюк, 2015

*О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, І.В. ШЕВАГА, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)*

ТОНЗИЛОАДЕНТОМІЯ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ПІДНЕБІННИХ І ГОРЛОВОГО МИГДАЛИКІВ У ДІТЕЙ

Випадки гіпертрофії піднебінних і горлового мигдаликів зустрічаються доволі часто в оториноларингологічній практиці. Нерідко ці два види патології поєднуються між собою. Лі-

кування даного захворювання, як правило, хірургічне. Операція відома під назвою «аденотонзилотомія». Однак в підручниках, довідниках, керівництвах з оториноларингології (навіть фу-

ндаментальних) не вказується що видаляти першим: аденоїдні вегетації чи гіпертрофовані піднебінні мигдалики. Термін «аденотонзилотомія» свідчить про те, що спочатку проводять аденотомію, з тим тонзилотомію. Однак ми вважаємо, що спочатку треба виконати тонзилотомію, з тим аденотомію. У разі, коли спочатку робити аденотомію, а потім тонзилотомію, не вдасться провести аденотомію в носову частину горла для видалення аденоїдних вегетацій, оскільки гіпертрофовані піднебінні мигдалики (особливо III ступеня) заважатимуть це здійснити. Тому ми вважаємо, що спочатку треба виконати тонзилотомію, з тим аденотомію і рекомендуємо називати цю операцію «тонзилоаденотомія». Видалення гіпертрофованих піднебінних мигдаликів проводимо тонзилотомом Матьє, а гіпертрофію горлового мигдалика усуваємо аденотомом Бекмана. Розмір цих інструментів визначається віком дитини.

Тонзилоаденотомія вказаними інструментами проведена нами особисто 90 дітям віком

від 5 до 14 років. Дане хірургічне втручання виконувалось в амбулаторних умовах. Під час цієї операції в 5 випадках мала місце підвищена кровоточивість. В інших дітей кровотеча виявилась адекватною цій операції. В ранній післяопераційний період кровотеча виникла у 2 дітей. Вона спостерігалась через 1 год після операції. Кровотеча була з носової частини горла. Причиною кровотечі виявились залишки невидленої лімфаденоїдної тканини. Зупинка кровотечі здійснювалась шляхом повторного введення аденотома в носову частину горла і проведення зрізальних рухів по боках носової частини горла.

Таким чином, при поєднаній гіпертрофії піднебінних і горлового мигдаликів спочатку слід провести тонзилотомію, з тим аденотомію. Таку операцію ми називаємо «тонзилоаденотомія». Для тонзилотомії використовуємо тонзилотом Матьє, для аденотомії – аденотом Бекмана. Ускладнення у вигляді інтраопераційної і ранньої післяопераційної кровотечі спостерігались рідко.

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, В.Г. Корицький, І.В. Шевага, Т.В. Чортківський, 2015

*О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ МАЗІ ПІНОСОЛ В РИНОХІРУРГІЇ

У хворих після перенесених хірургічних втручань в порожнині носа (підслизової конхотомії, ультразвукової дезінтеграції нижніх носових раковин, підслизової кріоконхотомії та ін.) у відповідь на операційну травму розвивається «післяопераційний» риніт. «Післяопераційний» риніт виявляється на другий день після видалення турунд з порожнини носа і проявляється такими симптомами як гіперемія, набряк слизової оболонки, слизові виділення, деяке звуження носових ходів, що утруднює носове дихання. Тому в післяопераційному лікуванні таких хворих потребується застосування відповідних препаратів. Ці препарати не повинні подразнювати слизову оболонку порожнини носа, викликати алергію, пригнічувати місцевий імунітет, і в той же час володіти протизапальними, стимулювальними регенерацію і епітелізацію тканин якостями. Засобом, який найбільш відповідає всім цим вимогам, а Піносол в формі крапель, мазі чи крему. Метою клінічного застосування було визначити терапевтичну ефективність і стерпність препарату Піносол мазь в ніс у хворих

на «післяопераційний» риніт при деяких ендоназальних хірургічних втручаннях (підслизовій конхотомії, ультразвуковій дезінтеграції нижніх носових раковин, підслизовій кріоконхотомії). Мазь Піносол застосовувалась тричі на добу шляхом нанесення її на слизову оболонку порожнини носа за допомогою турунд, просочених цією маззю, з подальшим їх витягуванням – через 20 хв. Препарат застосовували протягом 5-7 днів, в окремих випадках – 10 днів.

Критерії ефективності лікування були наступними: а) суб'єктивні відомості хворого про покращення стану: зменшення скарг; кількість секрету; носове дихання; відчуття загального покращення; відчуття більш швидкого одужання; зміна інших суб'єктивних відчуттів; б) об'єктивні симптоми: риноскопична картина; попередження розвитку вторинної бактерійної інфекції; скорочення тривалості захворювання; полегшення перебігу хвороби. Під нашим спостереженням за період з 2007 по 2010 рр. знаходилось 18 хворих віком від 20 до 47 років. Серед них було 12 осіб чоловічої статі і 6 – жіночої. У

8 хворих «післяопераційний» риніт виявився при підслизовій конхотомії, 5 – при ультразвуковій дезінтеграції нижніх носових раковин, 5 – при підслизовій кріоконхотомії. У 15 хворих використовувалась мазь тривалістю від 4 до 7 днів (у 9-7 днів, у 3 – 6 днів, у 2 – 5 днів, у 1 – 4 дні). 3 пацієнти лікувались протягом 10 днів. Хворі, крім мазі Піносол, приймали за призначенням лікаря антибіотики (Тетрациклін) перорально і сульфаніламідні препарати (Сульфадимезин) також перорально.

Суб'єктивна оцінка терапії хворими в цілому була позитивною. Із 18 хворих на «післяопераційний» риніт при вказаних хірургічних втручаннях 15 осіб вказували на відновлення носового дихання, 3 – на його покращення. 14 пацієнтів відмічали зменшення секреції з носа, 4- її зникнення. 4 хворих вказували на більш швидке одужання. Ретельно оцінювали об'єктивні показники лікування. Після терапії у хворих слизова оболонка порожнини носа виявилась рожевою, мала нормальну вологість і нормальну консистенцію, виділень з носа не відмічалось, носове дихання було вільним.

Суб'єктивні і об'єктивні симптоми «післяопераційного» риніту при вказаних ендоназальних операціях – значний набряк слизової оболонки порожнини носа з виділенням великої кількості слизового секрету, відчуття закладеності носа і утруднення носового дихання – зникли у більшості хворих (15) уже на другий день застосування мазі. А багато з них (11) значне полегшення відмітили уже після першого застосування препарату. В динаміці спостереження хворі відмітили високу ефективність мазі Піносол, що ґрунтувалась на таких суб'єктивних показниках: тривалий і стабільний судинозвужувальний ефект, більш легке відходження слизових виділень, більш раннє зникнення обтяжли-

вого болісного стану. У всіх пацієнтів ці симптоми зникали на 4-10 – й день лікування.

Сприйняття мазі Піносол у спостережуваних хворих розцінено як добре; виражених алергійних реакцій не відмічалось. Однак при застосуванні мазі Піносол у 1 хворого спостерігали побічні ефекти: а) безпосередньо після введення в порожнину носа мазі Піносол виникало відчуття посилення закладання порожнини носа, яке поступово (через 1-3 год) зникало; б) виникнення короточасних нападів чхання після введення в носову порожнину мазі Піносол; в) першіння в горлі в перші хвилини введення препарату. Причину цих побічних явищ, очевидно, можна пояснити надлишковим введенням мазі. При зменшенні кількості уведеної мазі побічні явища у цього хворого не відмічалось.

Таким чином, ефективність мазі Піносол вважаємо доброю. Мазь Піносол ощадливо і пролонговано діє на слизову оболонку порожнини носа, володіє протизапальними властивостями, стимулює регенерацію і епітелізацію тканин, що дозволяє рекомендувати її до застосування як засобу в комплексній терапії пацієнтів на «післяопераційний» риніт, які перенесли ендоназальні операції (підслизову конхотомію, ультразвукову дезінтеграцію нижніх носових раковин, підслизову кріоконхотомію). На підставі отриманих даних вважаємо, що мазь Піносол є ще одним засобом в арсеналі спектру лікарських середників для лікування «післяопераційного» риніту при вказаних ендоназальних операціях. Даний препарат заслуговує на більш широке впровадження в оториноларингологічну практику при лікуванні даної післяопераційної патології. Широке впровадження мазі Піносол в клінічну практику дозволить покращити якість лікування «післяопераційного» риніту при вказаних ендоназальних операціях.

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, І.В. Шевага, 2015

*О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. ХОРУЖИЙ, І.В. ШЕВАГА
(ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ДІАГНОСТИКА ГІПЕРПЛАЗІЇ ЗАДНІХ КІНЦІВ НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ МЕЗОТИМΠΑНІТ

Хронічний запальний процес в середньому вусі нерідко зумовлений гіперплазією задніх кінців нижніх носових раковин. Оскільки такі хворі на протязі багатьох років страждають на цю патологію, то вони не завжди скаржаться на порушення функцій носа. Але при цілеспрямо-

ваному розпитуванні вдається виявити, що їх турбують порушення прохідності носа, збільшення секреції, відчуття «хлопання» у вухах при ковтальних рухах. Часто ці особи відзначають погіршення носового дихання в горизонтальному положенні тіла. Як правило, такий стан

у них відмічається роками, тому назвати більш-менш точно термін виникнення вказаних вище порушень їм трудно.

Встановлено (И.А. Яшан и соавт., 1989), що гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин у хворих, що страждають на хронічний мезотимпаніт, зустрічається в 3 рази частіше, ніж у осіб без патології середнього вуха. Це вказує на зв'язок захворювання вуха з хронічним гіпертрофічним ринітом.

При передній риноскопії у них вираженої гіперплазії носових раковин не спостерігається. Слизова оболонка носа має звичайне забарвлення, ранками у них відмічається невелике збільшення кількості виділень, звичайно слизового чи слизово-гнійного характеру, без запаху. При задній риноскопії у хворих на хронічний мезотимпаніт, ми виявили два різновиди гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин: 1) збільшення в об'ємі, в результаті чого вони частково прикривають собою нижні відділи задніх кінців

середніх носових раковин; 2) задні кінці нижніх носових раковин ніби збільшені, виступають дозадку із порожнини хоан, розміщуючись на поверхні м'якого піднебіння. Поверхня гіперплазованого кінця була або гладкою (фіброзна гіперплазія), або дрібногорбистою, що нагадувала ягоду малини (папілярна гіперплазія). Прокідність слухової труби у хворих на хронічний мезотимпаніт з гіперплазією задніх кінців нижніх носових раковин не реєструвалась при ковтанні і при досліді Вальсальви.

Таким чином, у хворих на хронічний мезотимпаніт гіперплазія задніх кінців нижніх носових раковин зустрічається в 3 рази частіше, ніж у осіб без цієї патології середнього вуха. Зустрічається два різновиди гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин і два різновиди поверхні гіперплазованого кінця у хворих на хронічний мезотимпаніт. Прокідність слухових труб не реєструється при ковтанні і при досліді Вальсальви.

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, І.В. Шевага, 2015

С.Б. БЕЗШАПОЧНЫЙ (ПОЛТАВА, УКРАИНА)

ВТОРИЧНАЯ ИММУННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Иммунитет (immunitas – освобождение) – комплексная система организма, защищающая его от инвазии чужеродных веществ извне и контролирующая процесс элиминации и утилизации собственных клеток, утративших функциональные характеристики.

Вторичная иммунная недостаточность (ВИН) возникает вследствие нарушения ранее нормально функционирующей иммунной системы и развивается под влиянием различных экзогенных факторов. Принято считать, что ВИН не является результатом какого-либо генетического дефекта (в отличие от первичных иммунодефицитов) и развивается в позднем постнатальном периоде и у взрослых. Т.е. при отсутствии грубых первичных и приобретенных дефектов иммунная система пациентов с синдромом ВИН характеризуется крайней напряженностью процессов иммунного реагирования и недостаточностью резервных возможностей организма (Феклисова Л.В., 2013).

Выделяют следующие факторы, которые приводят к развитию вторичной иммунной недостаточности:

- вирусные инфекции: острые – корь, краснуха, грипп, гепатит, ветряная оспа, паротит и др.; персистирующие – герпетическая инфекция, хронический гепатит В и пр;
- бактериальные инфекции: стафилококковые, стрептококковые, пневмококковые, менингококковые, а также туберкулез и пр;
- протозойные и глистные инвазии: кишечные паразиты и др.;
- хронические заболевания, сопровождающиеся стойкой недостаточностью иммунитета: опухоли аутоиммунные и аллергические заболевания; болезни почек, эндокринные расстройства (сахарный диабет, тиреотоксикоз) и пр;
- нарушение питания: недостаточность белка, дефицит микроэлементов (цинка, железа, меди и др.), витаминов; нарушение всасывания; потеря белка через кишечник, почки; ожирение;
- воздействие физического (лучевого), химического, биологического (антибиотики и другие препараты), медикаментозного (иммунодепрессанты, кортикостероиды, наркотические средства) и других факторов;

• потеря иммунокомпетентных клеток при кровотечениях, удалении вилочковой железы и т.п.;

- хирургические вмешательства;
- стрессы.

Клиническими проявлениями вторичного иммунного дефицита являются: воспалительные процессы любой локализации с хроническим, часто рецидивирующим, вялотекущим течением, трудно поддающимся лечению традиционными средствами.

Для медикаментозной коррекции вторичной иммунной недостаточности целесообразно использовать иммуномодуляторы. Однако, нужно помнить, что иммуномодуляторы могут быть опасными. Например, назначение препаратов тимуса 1 поколения (Тактивин, Тималин, Тимоптин; Тимосимулин, Вилозен Тимактид и др.); 2, 3 поколения (альфа1-Тимозин, Тимопоэтин); фрагменты гормонов, обладающих биологической активностью (тимоген, Тимопентин, иммунофана и др.), в активной стадии заболевания приводят к их угнетающему влиянию на протяжении 2 месяцев (как после любого стрессорного воздействия) и сохранению активности патологического процесса (Тузанкина И.А.; Шершнева В.Н., 2000)

Эффективными и безопасными регуляторами защитных систем организма являются препараты, которые восстанавливают иммунные реакции путем метаболической регуляции гомеостаза, повышают эффективность терапии сопровождения тяжелых патологий (терапия, хирургия, онкология). Назначение такой терапии не требует проведения иммунограммы.

Исходя из вышесказанного становится понятной роль кишечника, как важного иммунного органа. Нормальная микрофлора пищеварительного тракта обеспечивает поддержание здоровья организма хозяина, участвуя в различных метаболических процессах (в т.ч. усвоении и синтезе витаминов), а также в формировании

и поддержании иммунной системы и, тем самым, в обеспечении противoinфекционной защиты. Нельзя забывать и о эссенциальных компонентах здоровья иммунной системы – витаминах и микроэлементах.

Позитивными свойствами в данной ситуации обладает комбинированный препарат Бион® 3, в состав которого входят пробиотический комплекс Tribion Harmonis™ и комплекс из 12 витаминов и 10 микроэлементов. Эксклюзивная комбинация Tribion Harmonis™ - это три тщательно подобранные штаммы симбионтных бактерий: *Lactobacillus gasseri* PA 16/8, *Bifidobacterium bifidum*

MF 20/5 и *Bifidobacterium longum* SP 07/3. Указанные бактерии являются наиболее безопасными и действенными штаммами, обладающими высокой антагонистической активностью по отношению к основным патогенам пищеварительного тракта, а также устойчивостью к действию кислоты и основных антибактериальных средств. С другой стороны, нормализация количественных и качественных показателей микробиоты повышает биодоступность, содержащихся в таблетке минералов и витаминов. Дополнительным преимуществом, обеспечивающим эффективность Биона® 3 является запатентованная технология таблетирования – оригинальная трехслойная таблетка, в которой все активные компоненты содержатся в различных слоях. Таблетка покрыта защитной оболочкой, которая гарантирует доставку пробиотических культур в нижние отделы ЖКТ живыми и высокую биодоступность других компонентов. Таким образом, данная комбинация обеспечивает организм необходимым витаминами и минералами, укрепляет иммунную систему, поддерживает здоровье кишечника, способствует уменьшению частоты воспалительных респираторных заболеваний, снижает негативные последствия стресса. Принимается по 1 таблетке в день на протяжении месяца.

© С.Б. Безшапочный, 2015

Ю.В. ДЕСВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЕФЕКТИВНА МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ РИНОСИНУЇТІВ

Запальні захворювання носоглотки посідають провідне місце в патології ЛОР-органів. Особливо актуальною ця проблема стає у осінньо-весняний період, коли кількість вірусних захворювань значно підвищується, що спричиняє як збільшення епізодів гострих риносинуситів, так

і кількість загострень хронічних запальних захворювань носа та приносинних пазух. На сьогодні однією з основних проблем у лікуванні запальних захворювань верхніх дихальних шляхів є невиправдане призначення системної антибактеріальної терапії, особливо в терапії гострих віру-

сних інфекцій. Така сама проблема існує і в лікуванні гострих і хронічних риносинуситів. Враховуючи такі побічні дії при призначенні системних антибіотиків, як зниження опірності організму, підвищення мультирезистентності мікрофлори, розвиток грибкових ускладнень, симптоми інтоксикації тощо, зрозумілою стає зацікавленість фахівців у ефективній місцевій терапії запальних захворювань носа та приносних пазух.

Також, доведено, що своєчасне застосування місцевої антибактеріальної терапії у лікуванні риносинуситів допомагає в ряді випадків зупинити розвиток запального процесу на ранній стадії, уникаючи призначення в подальшому системних антибіотиків та проведення пункцій верхньощелепних пазух.

Усе вищенаведене свідчить про важливість місцевої медикаментозної терапії риносинуситів, до переваг якої відносять: безпосередній контакт препарату зі слизовими оболонками носа та носоглотки, можливість створення локальної високої концентрації препарату, мінімальна системна дія або її відсутність, а також простота і доступність методів введення.

У зв'язку з цим на особливу увагу в клінічній практиці заслуговують використання міс-

цевих назальних спреїв Полідекса з фенілефрином та Ізофра, виробництва компанії «Лабораторії Бушара-Рекордаті» (Франція). Полідекса з фенілефрином, завдяки своєму комбінованому складу (два антибіотики – неоміцин та поліміксин В; судозвужувальний компонент – фенілефрин, та протизапальний компонент – дексаметазон) чинить місцеву антибактеріальну, протинабрякову та протизапальну дію. Комбінована дія препарату є дуже зручною як для лікаря, так і для пацієнта, забезпечуючи високу ефективність лікування та високий рівень комплаєнсу. Препарат широко застосовують у лікуванні дорослих пацієнтів, а також, дітей з 12 років. Спрей Ізофра містить антибіотик широкого спектру фраміцетин, який діє на всіх найбільш поширених збудників риносинуситів та аденоїдитів. Препарат можна застосовувати для лікування риносинуситів та аденоїдитів як у дітей (починаючи з 1 року життя), так і у дорослих пацієнтів.

Наша багаторічна практика застосування цих препаратів підтверджує їх високу ефективність (як у складі комплексної терапії, так і у монотерапії – в залежності від тяжкості захворювання та особливостей і потреб конкретного пацієнта), а також їх високий рівень безпеки.

© Ю.В. Деєва, 2015

С.В. ЗАЙКОВ, С.В. СКІЧКО (КИЇВ, ВІННИЦЯ; УКРАЇНА)

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ

Алергічний риніт (АР) – це інтермітуюче або персистуюче запалення слизової оболонки носа і його пазух, яке обумовлене дією алергенів і характеризується закладеністю, виділеннями, свербінням носа, чханням і нерідко аносмією (хоча можлива наявність тільки декількох із вказаних симптомів). Діагностика АР включає збір алергологічного анамнезу, фізикальне обстеження пацієнта, проведення специфічних шкірних, провокаційних і лабораторних тестів з алергенами, а також інші лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Дані алергологічного анамнезу (дебют захворювання у дитячому або молодому віці, обтяжений особистий і сімейний алергологічний анамнез, ефективність застосування протиалергічної терапії тощо) дозволяють не лише виявити АР, але і достатньо точно визначити винні в його розвитку алергени або їх групу. Проведення специфічної алергологічної діагностики можливе за допомогою різних тестів *in vivo* і *in*

vitro з алергенами. Основним методом шкірного тестування є тест уколом або прик-тест (*prick-test*). Для діагностики АР застосовують також провокаційний назальний тест з алергенами, який вважається позитивним при загостренні симптомів риніту (чхання, свербіння в носі, нежить). Прояви риніту також можна зафіксувати при проведенні передньої риноскопії. Для виявлення причинно-значущих алергенів при АР, як IgE-залежному захворюванні, застосовують радіоалергосорбентний імунофлюоресцентний тести, імуноферментний і хемілюмінесцентний аналіз, базофільні тести Шеллі, реакцію пасивної гемаглютинації, метод імунотермістиметрії. Додаткові інструментальні і лабораторні методи обстеження хворих на АР можуть включати проведення рентгенографії і комп'ютерної томографії носа і навколоносових пазух, ендоскопічне дослідження порожнини носа, риноскопії і риноманометрії, цитологічного і бактеріологічного дослідження виділень з носа, біоптатів

слизової оболонки, гемограми та ін. Проте не дивлячись на важливість цих методів обстеження пацієнтів, необхідно підкреслити, що жоден з цих методів сам по собі, без зіставлення з даними анамнезу, клінічної картини, результатами тестування з алергенами не може бути підставою для постановки остаточного діагнозу АР.

Диференційна діагностика АР зазвичай проводиться з гострим інфекційним ринітом при ГРВІ, бактерійним синуситом, медикаментозним ринітом, вазомоторним (неалергічним ринітом), неалергічним ринітом з еозинофіліїним синдромом, ринітом при системних захворюваннях (наприклад, гранулематоз Вегенера), муковісцидозі, однобічному риніті при сторонніх тілах, пухлинах, поліпах носа.

Стандарти лікування хворих на АР включають: 1) освіту пацієнтів; 2) елімінацію «винних» алергенів; 3) алергенспецифічну імунотерапію; 4) фармакотерапію. Остання відіграє важливу роль у лікуванні хворих на АР,

особливо в ліквідації загострень захворювання і в профілактики їх розвитку. Вона включає: антигістамінні препарати (АГП), топічні, рідше системні кортикостероїди, кромони (використовуються значно рідше), деконгестанти, інтраназальні антихолінергічні засоби, антагоністи лейкотрієнів тощо. При застосуванні АГП у хворих на АР зменшуються свербіння носа, чхання, ринорея, закладеність носа. Ефективні ці препарати також при алергічному кон'юнктивіті, кропив'янці, набряку Квінке та іншій алергопатології. Серед отоларингологів, алергологів України та лікарів іншого фаху популярним АГП є Цетрин (цетиризину гідрохлорид), виробництва компанії Др. Редді'с. Підставами для цього є доведені ефективність та безпечність Цетрину за даними багатьох клінічних досліджень в Україні та інших країнах світу, його вдалі фармакологічні та фармакоеконімічні характеристики, зручність застосування пацієнтами різних вікових груп.

© С.В. Зайков, С.В. Скічко, 2015

С.О. ЛАКИЗА, В.Б. ОЛЕЙНИКОВ, О.В. ШЕРБУЛ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ, ПОЄДНАНИХ, ПРОНИКАЮЧИХ ПОРАНЕННЯХ ШИЇ

Поранення шиї характеризуються відносно невеликою питомою вагою в загальній структурі поранень і травм (2,3% і 2,1%), високою летальністю на місці поранення і в ході лікування, а також високою частотою розвитку ускладнень. Особливістю сучасних поранень шиї військового часу є їх зростаюча тяжкість і висока частка множинних і поєднаних, переважно осколкових пошкоджень. Поранення шиї може бути сліпим і наскрізним, проникаючим і непроникаючим. Тяжкість поранення зумовлена ураженням життєво-важливих анатомічних структур, таких як гортань, трахея, спинний хребет, судинні і нервові стовбури і залежить від кінетичної енергії снаряду та ударної площини пошкодження. При лікуванні таких поранених необхідна участь спеціалістів різного профілю.

У клініці Головного військово-медичного клінічного ордену Червоної Зірки центру за весь час бойових дій у зоні АТО ми спостерігали 3 випадки таких поранень. Два випадки осколкових поєднаних поранень нижньої щелепи і шиї із пошкодженням глотки і гортані, та кульове

поранення шиї. Такі пацієнти потрапляють у госпіталь, як правило після надання кваліфікованої медичної допомоги на етапах евакуації. Клінічна картина і симптоми залежать від рівня і характеру пошкодження, від часу, що пройшов з моменту поранення, наявності чи відсутності гострого запалення. Безумовно, самим важким був початковий період, так як в цей час клінічний стан пораненого ускладнювався травматичним шоком, крововтратою, гіпоксією і поєднаним характером травм. Основними симптомами поранення гортані були розлади дихання, голосові функції, біль, емфізема, кровотеча. У випадку поранення ротової або гортанної частини глотки типовими симптомами були: біль, дисфагія; витікання слини через рану, в результаті порушення розподільчого механізму, аспірація крові, і слини в дихальні шляхи, проникнення слизу і слини в клітковинні простори шиї. В усіх випадках мали місце бронхо-легеневі ускладнення. В результаті пошкодження хрящового скелету гортані, набряку слизової оболонки, обтурації просвіту гортані фрагментами тканин виникав стеноз гортані.

Діагностика поранень глотки і гортані полягала в зовнішньому огляді, визначенні вхідного і вихідного отворів каналу, орофарингоскопії, огляді раньового каналу з допомогою носового дзеркала, зондування каналу. Діагностика пошкоджень внутрішніх структур ший тільки на основі клінічних ознак та звичайних інструментальних методів обстеження не завжди є вичерпною. Тільки спільне використання КТ з ангіоконтакстуванням та ендоскопії дозволяє виключити судинні і органні пошкодження ший, встановити наявність сторонніх тіл, їх величину, кількість і глибину залягання.

При пораненнях ший рекомендована програмована багатоетапна хірургічна тактика ("damage control"). Хірургічне втручання на ший, як перший етап цієї тактики передбачає: 1) усунення порушень дихання (стенозу, асфіксії) шляхом інтубації трахеї або трахеостомії; 2) тимчасову або кінцеву зупинку кровотечі шляхом накладення судинного шва, перев'язки чи тугої тампонади ділянки пошкодження кровоносної судини, а також тимчасового протезування загальної чи внутрішньої сонних артерій; 3) попередження подальшого інфікування м'яких тканин ший вмістом порожнистих органів шляхом накладення однорядного шва або підведення марлевих тампонів, просочених маззю до місця пошкодження; 4) іммобілізацію ший за допомогою комірця Шанца при пораненні шийного відділу хребта. Рання спеціалізована хірургічна допомога включає операції на ший та інших анатомічних областях за невідкладними, терміновими і відстроченими показами. При підозрі на пошкодження магістральних судин, нервових стовбурів та порожнистих органів ший і недостатності інформації додаткових методів дослідження найбільш достовірним методом

діагностики є операція – експлоративна ревзія внутрішніх структур ший, яка дозволяє своєчасно поставити точний діагноз та уникнути важких ускладнень. На відміну від первинної хірургічної обробки, експлоративна ревзія внутрішніх структур проводиться обов'язково в умовах операційної, із широкого цервікотомного доступу на боці пошкодження, під наркозом. За відсутності гострої масивної крововтрати, значного травматичного некрозу і інфекційних ускладнень, рани глотки і стравоходу закриваються дворядним швом. Відновні втручання на глотці і стравоході потребують постановки трубчастих дренажів до лінії швів і введення зонду в шлунок через ніс чи грушеподібний синус глотки. Накладення первинних швів на порожнисті органи протипоказано при наявності флегмон ший і медіастиніту. В таких випадках проводиться вторинна хірургічна обробка ран ший. Ділянка раньового каналу і межистіння дренуються широкими дво-просвітними трубками. Для забезпечення ентерального харчування виконується гастро- чи єюностомія; невеликі рани порожнистих органів рихло тампуються турундами з маззю. У випадку обширних ран стравоходу накладається шийна езофагостома. Великі ларинготрахеальні рани підлягають економній хірургічній обробці з відновленням анатомічної структури пошкодженого органу. Питання про виконання трахеостомії, ларинго- чи трахеопексії вирішується індивідуально, в залежності від об'єму ларинго-трахеальних пошкоджень, стану навколишніх тканин і перспектив швидкого відновлення самостійного дихання. При відсутності умов для ранньої реконструкції гортані і трахеї операцію доцільно закінчити формуванням ларинго- чи ларинготрахеостоми с наступним встановленням дилатаційного тампону.

© С.О. Лакиза, В.Б. Олейніков, О.В. Шербул, 2015

Ю.М. МОСТОВОЙ, О.В. БУГАЙЧУК (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ І ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: ПОШИРЕНІСТЬ, МОДИФІКАЦІЯ ПЕРЕБІГУ

Алергічний риніт (АР) – одне з найбільш розповсюджених захворювань людини, отождиворідність його поєднання з іншими поширеними захворюваннями, такими як артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), депресія досить висока.

Безумовно, що АР здатен суттєво впливати на перебіг цих захворювань. Однак узагаль-

нюючих даних щодо поширеності АР у хворих АГ, ІХС, ХОЗЛ обмаль. Фрагментарно описаний вплив АР на перебіг цих патологічних станів. Недостатньо висвітлені особливості лікування, як АР на тлі захворювань внутрішніх органів, так і навпаки лікування захворювань внутрішніх органів при наявності АР.

Нами проведений інформаційний пошук в науково-технічних базах даних та довідкових

ресурсах мережі Інтернет Medline, Pubmed, BioMed Central, InTech, Google Scholar.

У популяційному дослідженні 330дорослих у віці 28-56 років (Kony et al, 2003) встановлено, що систолічний артеріальний тиск (САТ) вище у чоловіків з ринітом, ніж у чоловіків без риніту ($130,6 \pm 12,7$ мм.рт.ст проти $123,5 \pm 13,9$ мм.рт.ст., $p=0,002$).

Поширеність гіпертензії у чоловіків без риніту склала 15,6%, у чоловіків з сезонним ринітом – 30,8%, з цілорічним ринітом – 34,4%.

Наведені дані свідчать про тісний зв'язок АР з артеріальною гіпертензією. Важливим є те, що поширеність артеріальної гіпертензії корелює з важкістю та інтенсивністю симптомів алергічного риніту, про що свідчить більша частота артеріальної гіпертензії у групі цілорічного риніту, порівняно з групою сезонного риніту. Виходячи з вищенаведеного, чоловікам з АР рекомендовано регулярне вимірювання артеріального тиску.

У жінок зв'язку між ринітом та гіпертензією не було знайдено, що може бути частково обумовлено захищеністю від серцево-судинних захворювань до менопаузи.

Одним з можливих механізмів розвитку артеріальної гіпертензії у хворих АР вважається синдром обструктивного апное сну (СОАС). Його поширеність (Kalpaklıoğlu et al, 2009) у пацієнтів з алергічним ринітом складає близько 36%. Також встановлено і зворотній зв'язок: у пацієнтів з СОАС погіршується перебіг захворювання, вираженість симптомів, а саме сонливість, втома, стрес, через наявність алергічного риніту. У ряді рандомізованих досліджень доведено, що у пацієнтів з алергічним ринітом чи без нього і порушеннями сну, назальні стероїди можуть поліпшити якість сну та бути корисними для хворих з помірним ступенем СОАС.

Взаємозв'язок з алергічними захворюваннями має й ІХС. За даними Kim та ін., 2010 поширеність ІХС в групі пацієнтів з алергічним ринітом є на 20 % більшою, ніж у групі без риніту ($n=8653$). Якщо ж до алергічного риніту приєднуються симптоми свистячого дихання, то поширеність ІХС зростає в 3 рази. Чітко було встановлено, що АР пов'язаний з підвищеним ризиком ІХС і ця асоціація сильніша у жінок. Це, вірогідно, є результатом надмірного синтезу прозапальних цитокінів в atopічних реакціях. Більша вираженість у жінок може бути пояснена тим, що висока концентрація естрогенів в пременопаузі підвищує чутливість імунної системи та активацію опасистих клітин й базофілів.

Хронічне обструктивне захворювання легень пов'язане зі значними синоназальними симптомами, запаленням і обструкцією верхніх

дихальних шляхів (Hurst JR, 2010). Серед пацієнтів з ХОЗЛ 75 % мають носові симптоми, більш ніж половина (52,5%) ринорею і чхання (45,9%). Знайдено асоціацію між виникненням носових симптомів та продукцією харкотиння. Носові симптоми викликають погіршення якості життя пацієнтів з ХОЗЛ та сприяють декомпенсації захворювання, загостренням ХОЗЛ.

В ряді досліджень встановлено, що atopічні порушення пов'язані з 59% збільшенням імовірності депресії. Ця асоціація незалежна від соціально-демографічних, клінічних характеристик та факторів способу життя. Так, імовірність депресії при алергічному риніті збільшується на 58% в порівнянні з особами без риніту (Audino P. et al, 2014).

Згідно American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study 66,8% пацієнтів з мігренню страждають змішаною формою риніту. Наявність риніту будь-якого типу пов'язана з головним болем. Інвалідність у пацієнтів з мігренню вища у осіб, що страждають на риніт, особливо змішаного типу.

Протилежного характеру зв'язки спостерігаються у хворих з цукровим діабетом. Пацієнти з більш високим рівнем глюкози крові натще мали більш низький показник поширеності риніту.

Allanore та ін., 2010 вказують на зниження поширеності atopії у пацієнтів з ревматоїдним артритом, аутоімунними та запальними захворюваннями.

Згідно клінічних рекомендацій по лікуванню алергічного риніту Американської академії оториноларингології, опублікованих в лютому 2015 р., інтраназальні стероїди і пероральні антигістамінні препарати є першою лінією лікування. Інтраназальні стероїди є ефективними, перевершують інші методи лікування, поліпшують якість життя. Однак монотерапія не завжди є ефективною, а враховуючи системний вплив алергічного риніту на захворювання внутрішніх органів, що було описано вище, рекомендується використання антигістамінних препаратів при лікуванні АР. Згідно рекомендацій перевагу слід надавати препаратам 2 покоління, які мають швидкий початок дії, застосовуються 1 раз на добу, забезпечують високу ефективність при регулярному застосуванні.

Цетиризин – препарат 2 покоління, має високий рівень селективності до H1-рецепторів. Крім селективної блокади H1-рецепторів, цетиризин пригнічує вивільнення ейкозаноїдів із стовбурових клітин і макрофагів, знижує експресію молекул адгезії ICAM-1, селектина Р, зменшує клітинну інфільтрацію в ранній та пізній фазах алергічної реакції, уповільнює продукцію простагландинів і лейкотрієнів, особливо

С4, який має в 1000 разів більші бронхоконстрікторного властивості, ніж гістамін.

Цетиризин володіє високим профілем безпеки, має мінімальну органну токсичність, мінімальну індивідуальну варіабельність терапевтичного ефекту, низьку ймовірність небажаних взаємодій з іншими лікарськими засобами, не акумулюється в життєво важливих органах, зокрема в серці та печінці.

Наведені дані свідчать про те, що АР досить часто поєднується з АГ, ІХС, ХОЗЛ, іншими

захворюваннями. Захворювання внутрішніх органів значно модифікують свій перебіг під впливом АР: АГ набуває кризового перебігу, при ІХС збільшується частота нестабільної стенокардії, при ХОЗЛ частіше виникають загострення. АР є причиною розвитку депресивного стану, суттєво погіршує якість життя. Отож своєчасне виявлення і лікування АР набуває особливого значення у пацієнтів, що мають супутні захворювання внутрішніх органів, так як здатне уникнути їх загострення та рецидивів.

© Ю.М. Мостовой, О.В. Бугайчук, 2015-05-03

НОЗОХЕМ – НОВОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*По материалам, предоставленным компанией Фармакюре Хелс Кээ
(Pharmacure Health Care AB, Sweden)*

Носовое кровотечение (НК) является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за экстренной оториноларингологической помощью. При этом частота рецидивирующих носовых кровотечений достигает 4% от общей популяции.

Первым этапом оказания экстренной ЛОР-помощи данной категории больных является остановка кровотечения. Алгоритм лечения пациентов с НК предполагает проведение тампонады полости носа наряду с гемостатической терапией. Тампонаду носа больные переносят тяжело, особенно заднюю, так как она сопровождается невозможностью носового дыхания, головной болью и болью в области лица, часто с повышением температуры тела. Сохраняется риск кровотечения после удаления тампонов. В настоящее время уделяется пристальное внимание разработке методов щадящей тампонады полости носа, однако эта задача до конца не решена.

Идея создания средства для остановки носового кровотечения на основе глицина возникла несколько лет назад в Гетеборге (Швеция). За основу были взяты Ifyust клинического исследования, целью которого была оценка эффективности геля, содержащего 10% Циклокапрона (Cyclocapron), ингибитора фибринолиза. В качестве плацебо использовали раствор, содержащий 10% аминокислоты глицина. Результаты показали, что глицин по гемостатическому эффекту существенно превосходил Циклокапрон.

Профессор Björn Petruson, который исследовал механизм и причины носовых кровотечений в 1960-х-1970-х годах использовал идею с использованием глицина, как кровооста-

навливающего средства и основного компонента коллагена, который необходим для инициализации процесса свертывания крови.

Таким образом, используя опыт профессора Björn Petruson, научными сотрудниками компании Фармакюре (Pharmacure) было разработано современное средство в виде геля, содержащего в качестве активного компонента глицин. Глицин – аминокислота, которая образуется в организме и используется для синтеза белка, входящего в соединительную ткань – коллаген, который в свою очередь играет важную роль в формировании каскада реакций внешней системы свертывания крови.

В состав Нозохема входят также ионы кальция, роль которых в системе гемостаза достаточно хорошо изучена. В качестве основы используется вода дистиллированная и гель карбопол.

Нозохем влияет и принимает участие в первых трех стадиях гемостаза. При введении в носовую полость гель заполняет пространство и механически препятствует вытеканию крови через поврежденные стенки сосуда. Нозохем содержит глицин в концентрации 10%, что в свою очередь обеспечивает гелю гипертонические свойства и способствует дегидратации и сужению сосудов. В то же время глицин, основной компонент геля Нозохем, необходим для формирования тромбоцитарно-фибринового сгустка (тромбоцитарной пробки).

Важным компонентом в третьей стадии свертывания крови являются ионы Кальция, которые необходимы для множества запуска каскада реакций при формировании сгустка. При участии ионов кальция, под действием

тромбина происходит полимеризация растворимого фибриногена и образование бесструктурной сети волокон нерастворимого фибрина. Начиная с этого момента в этих нитях начинают фильтроваться форменные элементы крови, создавая дополнительную жёсткость всей системе, и через некоторое время образуя тромбоцитарно-фибриновый сгусток (физиологический тромб), который закупоривает место разрыва, с одной стороны, предотвращая потерю крови, а с другой – блокируя поступление в кровь внешних веществ и микроорганизмов.

В 1990 году в Гетеборге были проведены клинические исследования на 68 пациентах, которые страдали носовыми кровотечениями. Были сформированы две группы. В одной группе использовали гель Циклокапрона (активация 4 стадии гемостаза), вторая группа использовала гель с глицином (активация 2 стадии гемостаза). Все остальные условия для обеих групп были одинаковы. В группе пациентов, которым при-

меняли гель, содержащий глицин, остановка носового кровотечения прекратилась в течение 30 минут у 76% из 38 пациентов. В то же время, у другой группы, с использованием циклокапрона остановка кровотечения наблюдалась у 60% из 30 пациентов.

Нозокем рекомендован к использованию с 7 лет, однако если ребенок может самостоятельно использовать гель, ограничений по возрасту, с которого можно использовать у детей данный гель – нет. Гель вводится в носовую полость. При переднем носовом кровотечении достаточно 1 тубы, при заднем (постериальном) носовом кровотечении, необходимо 2 тубы. Гель нужно использовать до остановки кровотечения. Через 30 минут гель можно извлечь с полости носа или осторожно выдуть. Частично гель может попадать в носоглотку, что безопасно, учитывая результаты токсикологических исследований и отсутствие сообщений о побочных эффектах Нозокема.

Г.У. САМИЕВА (САМАРКАНД, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН)

РОЛЬ ЛИЗОЦИМА СЛЮНЫ В НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕТОМ НА ФОНЕ ОРВИ

Сопrotивляемость организма инфекциям, его защита от микроорганизмов зависит не только от способности развивать иммунный ответ, но и от многообразных механизмов неспецифической защиты, обладающих бактерицидными свойствами (лизоцим, комплемент, секреторный иммуноглобулин А и др.).

У детей раннего возраста показатели неспецифической защиты (в том числе лизоцим) при ОРВИ повышаются до более высоких цифр и быстрее истощаются по сравнению с другими возрастными группами. Различные неблагоприятные моменты, создающие преморбидный фон, способствуют более быстрой истощаемости неспецифических факторов защиты. Это обстоятельство становится более наглядным при развитии на фоне ОРВИ острого стенозирующего ларинготрахеита. В связи с этим целью нашего исследования явилось определение активности лизоцима слюны как показатель неспецифического фактора защиты у детей с ОСЛТ.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинко-лабораторном обследовании 137 детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом на фоне ОРВИ, которые находились под наблюдением и поступившие в городскую инфекционную боль-

ницу №3 в период с 2011 по 2013 год, которые были разделены на 2 группы: 1 группа из 62 (44,4%) детей больных с первичным стенозирующим ларинготрахеитом, 2 группа – из 75 (55,6%) рецидивирующим стенозирующим ларинготрахеитом.

Результаты и их обсуждения: В наших исследованиях отмечается снижение факторов естественной резистентности организма у детей, имеющих отягощенный преморбидный фон. По нашим данным, уровень лизоцима слюны в начале заболевания при ПСЛТ составил $19,76 \pm 0,40\%$, а после лечения – $17,51 \pm 0,35\%$, при РСЛТ $31,17 \pm 0,43\%$, а после лечения $14,53 \pm 0,21\%$.

Лизоцим повышается в начале заболевания и снижается в период реконвалесценции до цифр контроля. Иначе говоря, неспецифические факторы защиты у детей с СЛТ находятся на высоком уровне. Однако у детей до двух лет жизни активность лизоцима самая низкая и в начальный период, и в период реконвалесценции. Первичный и рецидивирующий СЛТ не отличаются друг от друга четко выраженными различиями динамики изменения лизоцима слюны в ходе заболевания, но отмечалось снижение активности лизоцима у детей с длительным течением СЛТ.

ОТОЛОГІЯ, АУДИОЛОГІЯ, ВЕСТИБУЛОЛОГІЯ, КОХЛЕАРНА ІМПЛАНТАЦІЯ

*І.А. БСЛЯКОВА, В.І. ЛУЦЕНКО, Т.Ю. ХОЛОДЕНКО, Т.П. ЛОЗА, Н.М.ГРАДІЮК
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

СТАН СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ – КАНДИДАТІВ НА КОХЛЕАРНУ ІМПЛАНТАЦІЮ ЗА ДАНИМИ СУБ'ЄКТИВНОЇ ТА ОБ'ЄКТИВНОЇ АУДИОМЕТРІЇ ДО ТА ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Єдиним способом реабілітації слухової функції у дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою являється кохлеарна імплантація. Однак ефективність цього метода реабілітації залежить від повноти доопераційного обстеження дітей, кваліфікації спеціалістів, які здійснюють діагностику та післяопераційну реабілітацію слуху. В зв'язку з цим виникла необхідність провести розширений комплекс дослідження стану слухового аналізатора у дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою на основі використання сучасних методів дослідження для оцінки ефективності кохлеарної імплантації.

Визначення гостроти слуху, ступеня і характеру його порушень у дітей від 4-5 років здійснювали в звукопоглинаючій камері за допомогою акуметрії, а також комплексу тональних і мовних аудіометричних тестів за традиційною методикою.

З метою диференційно-топічної діагностики та об'єктивізації отриманих даних про стан слухової системи проводили акустичну імпедансометрію, та коротколатентні слухові викликані потенціали (КСВП). У обстежених дітей визначали поріг реєстрації КСВП відносно мінімального порога чутливості (дБ НЛ).

В ході виконання роботи було проведено комплексне обстеження 50 дітей з порушенням слуху різного ступеня тяжкості, з них 31 хлопчиків та 19 дівчаток віком від 1 до 16 років. Давність захворювання – з народження до 4 років. Причинами, які спонукали до виникнення сенсоневральної приглухуватості та глухоти наступні: патологічні роди (7), менінгіт (3), інфекційні захворювання (3), черепно-мозкова травма (2), прийом ототоксичних антибіотиків (9), генетичні порушення та невідомі фактори (26).

За даними об'єктивної та суб'єктивної аудіометрії було відібрано 50 дітей, які мали глибоке ураження звукосприймаючого апарата або

глухоту і були рекомендовані для проведення кохлеарної імплантації. При проведенні аудіометричного обстеження до кохлеарної імплантації сприйняття шепітної та розмовної мови було відсутнє. Середня втрата слуху на частотах від 250 до 4000 Гц становила $(92,2 \pm 3,1)$ дБ.

За даними імпедансометрії у всіх дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою була зареєстрована тимпанограма типу „А”, АР не реєструвався при рівні звукового тиску (РЗТ) 95 дБ. При аналізі показників КСВП у 32 дітей поріг піку V хвилі КСВП при рівні звукового тиску 100 дБ НЛ не реєструвався, у решти 18 - реєструвався при рівні звукового тиску $(90,2 \pm 2,2)$ дБ НЛ.

Всім дітям з тяжкою втратою слуху була проведена кохлеарна імплантація за допомогою кохлеарних імплантів фірми “MedEL” (Австрія) – 33 дітям та фірми “Cochlear” (Австралія) – 17 дітям.

В залежності від отриманих даних, а саме показників акуметрії, тональної аудіометрії та розбірливості мови на трьох рівнях інтенсивності (50, 65, 80 дБ РЗТ) у вільному звуковому полі було визначено 3 ступеня ефективності кохлеарної імплантації (КІ). До першої групи з високим ступенем ефективності КІ, увійшло 28 (56 %) дітей віком від 7 до 16 років у яких шепітна та розмовна мови сприймалися на відстані більше 5,0 метрів, середні пороги тонального слуху у вільному звуковому полі становили $(13,2 \pm 4,3)$ дБ, розбірливість мови сягала до 100%. Середня ефективність кохлеарного протезування отримана у 16 (32 %) дітей, в яких шепітна мова сприймалася на відстані до 1,5 метрів, розмовна мова – до 5,0 метрів, розбірливість мови – до 40 %. Низькі показники кохлеарного протезування зареєстровані у 6 (12 %) дітей. Шепітна мова сприймалися на відстані до 0,5 метрів, розмовна мова – до 3,0 метрів, розбірливість мови – до 20 %.

Аналізуючи отримані результати можна сказати, що в цілому ефективність КІ була значною, досягаючи у більшій половини обстежених (56 %) максимально можливих показників акуметрії (ШМ та РМ – більше 5,0 м), тонального слуху (середні пороги слуху ($13,2 \pm 4,3$) м) та РМ – до 100 % при РЗТ 80 дБ. Майже всі батьки та діти були задоволені результатами кохлеарної

імплантації. 40 дітей навчаються в загальноосвітній школі, 5 – відвідують масовий дитячий садочок і тільки 5 – вчать в школі для слабочуючих дітей. Низьку ефективність КІ необхідно пов'язувати, насамперед, з тим, що операція була проведена дітям у віці 14-16 років, причиною втрати слуху та низькою зацікавленістю батьків дитини.

© І.А. Белякова, В.І. Луценко, Т.Ю. Холоденко, Т.П. Лоза, Н.М.Градюк, 2015

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

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА СЛУХА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В УКРАИНЕ

Вооруженный конфликт на востоке Украины привел к резкому увеличению количества пациентов с минно-взрывными травмами. Используемое в современных условиях оружие характеризуется большой поражающей способностью, в связи с чем повреждение органа слуха имеет некоторые особенности.

Многочисленные поражающие факторы при взрыве современных снарядов вызывают различные физические и механические повреждения органов и систем, кожных покровов, бара- и акустические травмы слухового анализатора. Имеющийся в настоящее время опыт оказания помощи при военных травмах показывает, что на фоне тяжелого общего состояния пострадавших от воздействия взрывных факторов диагностика повреждений органа слуха, особенно в ранние сроки после травмы, весьма затруднительна. В связи с этим в большинстве случаев повреждение слухового анализатора не диагностируются или диагностируются поздно, особенно при массовых поступлениях, что приводит к запоздалой терапии и существенным образом сказывается на эффективности оказания квалифицированной помощи.

С 9 мая 2014 по 20 марта 2015 года в КУ «Днепропетровская областная больница им. И. Мечникова» было доставлено 1237 пациентов из зоны антитеррористической операции.

Всем больным с подозрением на повреждение органа слуха при поступлении проводились отоскопия, акуметрия (при сохранении сознания), а затем в случае госпитализации в отделение плановом порядке тимпано- и рефлексометрия, аудиометрия и, при необходимости, регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ) и ко-

ротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП).

Поражение органа слуха было выявлено у 165 пациентов (13,3% от общего количества), у 24 (14,5%) оно сочеталось с повреждением барабанной перепонки.

По данным аудиограммы тугоухость I степени была выявлена у 60 пациентов (36,4%), II степени – у 52 (31,5%), III степени – у 39 (23,6%), IV степени – у 14 бойцов (8,5%). У большинства пациентов (137 – 83,0%) выявлено двухстороннее поражение слухового анализатора.

При объективном исследовании слуха у пациентов со II-IV степенью тугоухости отмечалось отсутствие регистрации стапедальных рефлексов и ОАЭ. Пик V волны на КСВП коррелировал с данными тональной пороговой аудиометрии.

У двух пациентов была выявлена потеря слуха центрального генеза (глухота на аудиограмме при наличии стапедальных рефлексов, регистрации ОАЭ и волн КСВП на 30-40 дБ). Эти пациенты продолжили лечение у психиатра и невролога с последующим восстановлением слуховой функции.

В течении заболевания мы выявили некоторые особенности. Так, у пациентов с поврежденной барабанной перепонкой был менее выражен нейросенсорный компонент. Возможно, это было связано с тем, что при целой барабанной перепонке по системе слуховых косточек на внутреннее ухо передавалось избыточное звуковое давление, что приводило к большему повреждению внутреннего уха. У большинства пациентов с нейросенсорной тугоухостью без повреждения барабанной перепонки в первые дни

после травмы обращало на себя внимание наличие костно-воздушного интервала до 20 дБ на частотах 250-4000 Hz при нормальной отоскопической картине. Интервал исчезал на 8-10 сутки лечения. Возможно, это было связано с отеком слизистой оболочки полостей среднего уха в результате травмы.

Так же мы наблюдали 8 пациентов осколочными и пулевыми ранениями уха и височной области. Обращали на себя внимание изменения тканей, связанных с высокой температурой пуль (трассирующих), что вызывало глубокий некроз окружающих тканей и последующее длительное заживление.

Лечение нейросенсорной тугоухости было комплексным и включало трентал, нейроксон, армадин, нейровитан, а так же гормоноте-

рапию (дексаметазон). При отсутствии результата в течение 5 дней гормоны отменяли, при позитивной тенденции лечение продолжали 3-4 недели.

Таким образом, поражение органа слуха и слуховой функции при минно-взрывной травме, не являясь угрожающим жизни поражением в острый период, может привести к значительным социальным и материальным потерям в отдаленном периоде. Осмотр сурдолога и аудиологическое обследование пострадавших в ранний период после травмы позволяет выявить даже легкие отклонения слуховой функции и начать своевременную терапию. Лечение пострадавших необходимо проводить с учетом комбинированного диагноза травмы и сопутствующих заболеваний.

© В.В. Березнюк, А.В. Зайцев, Д.В. Лыщенко, А.К. Моргачева, 2015

Г.М. БЛУВШТЕЙН, О.О. ПАВЛОВА (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

БІОФІЗИЧНІ ОСНОВИ АКУСТИЧНИХ РЕФЛЕКСІВ ВНУТРІШНЬОВУШНИХ М'ЯЗІВ ПРИ РЕТРОКОХЛЕАРНИХ УРАЖЕННЯХ СЛУХУ

Розрізнення кохлеарних та ретрокохлеарних слухових порушень має, як відомо, надзвичайно важливе значення для своєчасного виявлення акустичної неврини. Дослідження акустичних рефлексів внутрішньовушних м'язів надає можливість отримати певну інформацію стосовно рівня ураження слухової функції. Для порушення слухової системи на рівні стовбуромозкових ядерних структур поряд із отоневрологічними проявами характерні діагональні та горизонтальні різновиди іпсі-, та контралатеральних акустичних рефлексів, що свідчить про патологічний процес на рівні стовбуромозкових структур.

Поряд з цим, допоміжною ознакою ретрокохлеарного порушення може бути також феномен інверсії акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів. Подібні прояви є результатом пригнічення стапедіального рефлексу, внаслідок чого виникає перевага зусилля тензорного м'яза, що і спричиняє інверсію рефлексу, тобто його зворотну негативну направленість. Подібне найчастіше має місце при анкілозі стремена, як прояв фенестрального отосклерозу, а також при роз'єднанні ланцюга слухових кісточок, при порушеннях лицьового нерву, природжених аномаліях середнього вуха або при тяжких ураженнях сенсоневральної функції, коли не досягається необхідна інтенсивність стимуляції для виникнення стапедіального рефлексу. Якщо на-

ведені причинні фактори на основі аудіометрії та характеру тимпанограми буде виключено, єдиною можливою причиною інверсії акустичних рефлексів залишається ретрокохлеарна патологія. Дослідження Л.А. Карамзіної (2005), І.А. Беякової та С.П. Чайки (2006) показали, що інверсія акустичних рефлексів може виникнути при ураженні дуги стапедіального рефлексу на стовбуромозковому рівні.

Біофізичні основи інверсії акустичних рефлексів стають зрозумілими, якщо використати для пояснення цих явищ нашу концепцію формування акустичних рефлексів внутрішньовушних м'язів, в якій ми розглядаємо акустичний рефлекс як складову двох протилежно направлених зусиль м'язів-антагоністів:

- зусилля стременового м'язу, що зрушує ланцюг звукопроведення із барабанною перетинкою у латеральному напрямі;

- зусилля тензорного м'язу, що зрушує барабанну перетинку у медіальному напрямі.

У протилежність стапедіальному рефлексу тензорний рефлекс має більш високий поріг запуску та більш тривалий латентний період. Тому у нормі завжди переважає стапедіальний рефлекс, зусилля якого значно перевищують зусилля тензорного рефлексу. До того ж, стапедіальний рефлекс виникає виключно на акустичні подразнення, та за нормальних умов він

завжди двобічний. А тензорний рефлекс, як тригемінальний, може бути викликаний як акустичним, так і вібраторно-тактильним подразненням – складовою гучного звукового імпульсу. До того ж, тензорний рефлекс є однобічним. Інверсія за цих умов завжди є проявом зусилля тензорного м'язу, коли його зусиллю не протидіє із зазначених вище причин зусилля стременевого м'язу (Г.М. Блувштейн, В.В. Амосов, 2003).

Таким чином, у разі ретрокохлеарного стовбуромозкового пригнічення ядерних

центрів та перехрестних шляхів VII та VIII черепних нервів виникає інверсія акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів, яку неможливо пов'язати ні з анкілозом стремена, ні з породженими вадами розвитку вуха, ні з гангліонітом лицьового нерва. Отже інверсія акустичного рефлексу, як прояв недостатності стапедіального рефлексу, поряд із результатами досліджень слухових викликаних потенціалів та МРТ, здатна вносити у діагностичний процес суттєву допоміжну інформацію стосовно рівня та характеру порушення слухової системи.

© Г.М. Блувштейн, О.О. Павлова, 2015

К.Г. БОГДАНОВ, И.К. ТАГУНОВА, О.П. ПОШАРНИКОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА МУКОПЕРИОСТА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ В ПРОЦЕССЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МЕЗОТИМПАНИТА

Для изучения динамики некоторых показателей клеточного иммунитета мукопериоста барабанной полости в процессе консервативного лечения хронического мезотимпанита 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): CD 45⁺ – рецептор протеинтирозинфосфатазы, который участвует в рецептор-опосредуемой активации лимфоцитов и CD 95⁺ – опосредующий сигналы, индуцирующие апоптоз.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с обострением хронического мезотимпанита, мужчин и женщин, в возрасте от 22 до 58 лет.

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. Забор мате-

риала для исследования производился перед началом лечения, на 5-е сутки лечения и при выписке больного.

Проведенный нами сравнительный анализ средних значений уровня экспрессии молекулярных маркеров активации лейкоцитов в мазках-отпечатках показал следующее. Перед началом лечения уровень CD 95⁺ (Fas-L) составлял 29,6±8,9 %, CD 45⁺ - 27,1±5,8 %. На 5-е сутки лечения уровень CD 95⁺ (Fas-L) составлял 25,3±7,1 %, CD 45⁺ - 24,2±4,4 %. При выписке пациента (отсутствие жалоб, отделяемого, визуально невоспаленный мукопериост барабанной полости при отомикроскопии) уровень CD 95⁺ (Fas-L) составлял 18,1±6,9 %, CD 45⁺ - 21,1±5,1%.

На основании проведенного исследования сделаны следующие выводы:

- уровни экспрессии изученных маркеров активации лейкоцитов могут быть использованы в качестве одного из критериев эффективности проведенного лечения.

- уровни экспрессии изученных маркеров активации лейкоцитов могут служить для определения выраженности воспалительного процесса и быть одним из критериев отбора больных для тимпанопластики.

© К.Г. Богданов, И.К. Тагунова, О.П. Пошарникова, 2015

СТАН ЛИЦЕВОЇ, СЛУХОВОЇ ТА ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЙ ПРИ ШВАНОМІ (НЕВРИНОМІ) ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Невринома лицевого нерва (ЛН) відноситься до доброякісних пухлин нервової тканини, які виникають за рахунок розростання допоміжних шванівських клітин, що утворюють мієлінову оболонку нервів, тому правильніше ці пухлини називати шваномами.

Причини виникнення цих пухлин до кінця не відомі, хоча завдяки унікальним відкриттям у галузі молекулярної біології у 90-тих роках ХХ сторіччя встановлено, що вони відносяться до групи нейрофіброматозів, які є генетичними захворюваннями. Шваноми виникають внаслідок мутації деяких генів 22-ої хромосоми, які відповідають за синтез білка. Розрізняють два типи нейрофіброматоза: НФ1 та НФ2. НФ1 відомий як периферичний нейрофіброматоз або хвороба Реклінхаузена, яка є найбільш загальним типом НФ1, яким уражаються 1 із 4000 індивідуумів. Цей тип пухлин розвивається у людей старшого віку, буває одностороннім, з повільним ростом. НФ2 відомий як центральний або білатеральний нейрофіброматоз, який зустрічається значно рідше (1: 40000 індивідуумів). При цьому типі частіше виникають білатеральні акустичні шваноми, які виявляються у віці до 30 років, що поєднуються з пухлинами спинного мозку. Клінічний прояв пухлин НФ2 дуже неоднорідний. В одних випадках вони ростуть повільно, у інших – має місце швидкий ріст множинних внутрішньочерепних пухлин з розвитком паралельних пухлин у спинному мозку.

Шванома ЛН зустрічається дуже рідко, але діагностика її буває дуже складною, особливо на ранніх стадіях. Поки що не встановлено, до якого типу нейрофіброматозів її можна віднести.

Вона розвивається у скроневої кістці, може протікати довгий час безсимптомно, зустрічається частіше у жінок у віці 40-50 років. Пухлина має вигляд щільного вузла, сполучнотканинну капсулу округлої, овальної або неправильної форми, поверхня якої може бути бугристою, бо у ній часто знаходяться кістки різних розмірів. Окремі пухлини залежать від умов кровопостачання, при венозному застої може бути синюшною.

У залежності від місця локалізації розрізняють пухлини ЛН соскоподібного та барабанного (тимпанального) сегментів скроневої кістки. Відмічено, що розвиток та клінічний перебіг

цієї пухлини має свої відмінності в залежності від місця локалізації.

У зв'язку з цим, метою роботи є вивчення особливостей стану лицевої, слухової та вестибулярної функцій у хворих на шваному ЛН залежно від локалізації.

У відділі мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» нами проаналізовані результати комплексного обстеження вищеназаних функцій у 13 хворих, у яких за останні 6 років (2009-2015 рр) діагностована та тотально видалена шванома ЛН, яка верифікована гістологічно. Серед обстежених було 9 осіб жіночої статі (1 дівчинка 7 років, 1 жінка молодого віку – 30 років, 1 жінка старшого віку – 64 років, а решта 6 жінок – середнього віку 42-48 років). Крім того, було ще 4 особи чоловічої статі (19, 42, 48 та 58 років).

Всі пацієнти обстежені за прийнятою у відділі схемою, включаючи виявлення скарг та збір анамнестичних даних, ЛОР-огляд, у тому числі мікроотоскопія, комплекс обстежень лицевої функції за даними клінічного огляду та ЕМГ, стан слухової, вестибулярної функцій за даними аудіометрії та вестибулометрії, комп'ютерна томографія (КТ) головного мозку та, зокрема, скроневої кістки, а також магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Із локалізацією шваноми ЛН у тимпанальному сегменті скроневої кістки виявлено 7 осіб. Анамнестично зазначено, що у них у першу чергу виникли скарги на одностороннє зниження слуху, поява шуму у вусі, а також на відчуття дискомфорту, яке проявлялось відчуттям закладеності у вусі та болі. При отоскопії за місцем проживання відмічено односторонню гіперемію, набухання та вип'ячування барабанної перетинки, що імітувало картину «гострого середнього отиту». Медикаментозне лікування з призначенням антибіотиків не дало бажаного ефекту.

При аудіометричному обстеженні зареєстровано зниження слуху за типом порушення звукопровідної функції різного ступеня (у 4 осіб – другого ступеня, у 3 – третього ступеня). У подальшому через два-три роки у 5 пацієнтів з 7 осіб зафіксовано поліп у зовнішньому слуховому проході, який на дотик кровоточив. У них відмічено прогресуюче зниження слуху за рахунок погіршення функції звукопроведення. Через

розріз барабанної перетинки у 3 осіб із 5 пацієнтів проглядалось пухлиноподібне утворення.

У 2 із 7 пацієнтів через 3-5 років появились скарги на порушення рівноваги та раптово повну глухоту, яка підтверджена аудіометрично. При вестибулометрії зафіксована арефлексія експериментальної ністагмової реакції, що у сукупності вказувало на поширення процесу на внутрішнє вухо (лабіринт). Варто відзначити, що вестибулярні розлади при вестибулометрії у вигляді прогресуючої однобічної гіпорефлексії експериментального ністагму за периферичним типом I- II ступеня прояву зареєстровано у решті 5 осіб із 7 спостережуваних пацієнтів. Проте скарг вони на головокружіння або порушення рівноваги не пред'являли, очевидно, завдяки включенню центральних компенсаторних механізмів при повільному розвитку патології в органі рівноваги.

Слід акцентувати, що порушення функції лицевого нерва у спостережуваних пацієнтів у вигляді пареза чи параліча виникли значно пізніше, ніж слухові та вестибулярні розлади, а також зміни у середньому, зовнішньому, внутрішньому вусі.

Парез V ступеня ЛН за класифікацією Hause-Brackmann (1985) з порушенням функції м'язів обличчя, опущенням кута носогубної складки, а також логофталмозом з сухістю ока виникли у 4 осіб раптово через 6-9 років з боку вищеназваної патології вуха, а у 3 – відмічено швидко прогресуючий повний та стійкий параліч ЛН (6 ст) за клінічними ознаками та за даними ЕМГ.

Відрізнити шваному ЛН від інших пухлин у зовнішньому слуховому проході або у барабанній порожнині, а також від картини хронічного гнійного середнього отиту, який ускладнився парезом лицевого нерва, нелегко.

Пухлина яремного гломуса з парезом чи паралічем ЛН нерідко може нагадувати шваному ЛН, як й хронічний гнійний середній отит, ускладнений поліпом.

На відміну від шваном ЛН, параліч ЛН при хронічному середньому отиті не є одним з перших симптомів, а розвивається після тривалої гностечі.

Проводячи диференційну діагностику, ми враховували, що при гломусній пухлині відчувається однобічний пульсуючий шум у вусі, а також симптом Брауна, який полягає у тому, що при підвищеному тиску повітря у зовнішньому слуховому проході посилюється пульсація пухлини. При зменшенні пульсації відмічається збліднення пухлини.

Звертає на себе увагу той факт, що для гломусної пухлини характерна сильна кровотеча

при дотику до поліпа. Відсутність сильної кровотечі при наявності поліпа вказує на відсутність гломусної пухлини. Важливою ознакою є те, що при хронічному середньому отиті виникає відчуття флюктуації при зондуванні цілої барабанної перетинки, а при шваномі та гломусній пухлині відчувається на дотик її щільність.

У залежності від стадії та направлення росту пухлини на КТ можна спостерігати при гломусній пухлині розширення яремної ямки, нечіткість її контурів, затемнення нижнього та середнього відділів барабанної порожнини, часткова деструкція нижньої та задньої поверхні пірамідки. Крім того, порушення пневматизації соскоподібного відростка на КТ вказує на хронічний середній отит, але при цьому не виключається шванома. При збереженій пневматизації відростка деструкція задньої чи нижньої стінок зовнішнього слухового проходу, зміни дна барабанної порожнини, а також латеральної стінки аттика характерні для шваном ЛН, а не для хронічного середнього отиту.

Нами також проаналізовані клінічні прояви порушення лицевої, слухової та вестибулярної функцій у 6 пацієнтів при локалізації шваном ЛН у соскоподібному сегменті скроневої кістки. У цих всіх пацієнтів парез чи параліч ЛН при розвитку пухлини у соскоподібному сегменті був раннім та єдиним симптомом впродовж декількох років. Пацієнти звертали увагу на одностороннє порушення смаку на передніх 2-х третях частинах язика, асиметрію обличчя, яка проявлялась однобічним зниженням чутливості шкірних покривів та порушенням функції м'язів обличчя, зглаженістю носогубної складки, логофталмозом та сухістю ока. Слух у них тривало зберігався при аудіометрії на нормальному рівні, а отоскопічно барабанна перетинка була не змінена.

У 2 осіб при подальшому розвитку пухлина поширилась у барабанну порожнину. У той час при отоскопії виявлено вип'ячування барабанної перетинки, а потім її розрив з виступом поліпу у зовнішній слуховий прохід, викликаючи порушення звукопровідної функції слуху II ступеня прояву. У 4 випадках шванома ЛН поширилась у внутрішнє вухо. При аудіометричному обстеженні у 1 особи виявлено однобічні звукосприймальні, а у іншої 1 особи – комбіновані слухові розлади, крім того, у 2 осіб – глухоту. При вестибулометричному обстеженні зафіксовані змішані (периферичні та центральні) вестибулярні порушення з ознаками тонічності експериментальної ністагмової реакції, що вказувала про наростання гіпертензійного синдрому, що узгоджувалось з появою чи посиленням головного болю з боку пухлини.

У 2 осіб на КТ та МРТ зафіксовано при де-струкції передньої стінки зовнішнього слухового проходу проникнення пухлини у привушну залозу, а ще у 2 пацієнтів при деструкції верхівки со-скоподібного відростку – у м'якій тканині ший.

За даними дослідників, шванома ЛН може поширитись на тверду мозкову оболонку та задню черепну ямку і навіть проникнути у мозок з розвитком абсцесу мозку та інших внутрішньочерепних ускладнень. У наших пацієнтів таких ускладнень не було зафіксовано.

У важких для діагностики випадках приходилось виконували біопсію. При наявності поліпа проводити біопсію просто. При цілості барабанної перетинки робили розріз, як при отосклерозі, оглядали барабанну порожнину та брали матеріал для біопсії.

За даними літератури та нашого клінічного досвіду – найбільш сприятливими для хірургічного лікування є розміщення шваноми ЛН у тимпанальному сегменті скроневої кістки.

Аналізуючи комплексні обстеження, можна зробити такі висновки:

1. Однобічні порушення лицевих функцій, слухові, вестибулярні розлади – симптомокомплекс, який вимагає всебічного обов'язкового обстеження із застосуванням КТ та МРТ.

2. Своєчасна діагностика шваноми ЛН та виявлення при цьому порушень лицевих функцій, слухових та вестибулярних розладів до операції є важливим моментом для оптимального вибору хірургічного втручання та профілактики черепно-мозкових ускладнень.

3. Комплексна оцінка та контроль виявлених розладів у динаміці післяопераційного періоду є запорукою для проведення максимальних лікувально-реабілітаційних заходів по відновленню або покращенню вищеназаних функцій для підвищення якості та активності життя людини, повернення її в соціум, а також для рішення ряду медико-експертних питань та виявлення можливих рецидивів.

© О.М. Борисенко, Ю.О. Сушко, Н.С. Міщанчук, І.А. Сребняк, А.Л. Бобров, 2015

Л.М. ВАКУЛЕНКО, І.А. БЄЛЯКОВА, С.П. ЧАЙКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ТА ГЛУХОТОЮ ДО ТА ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Відомо, що стійке порушення слухового аналізатора призводить до суттєвих відхилень в мовному розвитку дитини, негативно відображається на психічному статусі особистості, обмежує можливості пізнання оточуючого світу, оволодіння знаннями, вміннями, навичками та перешкоджає повноцінному розвитку та спілкуванню з оточуючими людьми.

Своєчасне виявлення дітей з порушенням слуху і ранній початок надання їм медичної допомоги (протезування сучасними цифровими слуховими апаратами, операція «кохлеарна імплантація») та психолого-педагогічної (корекційної) допомоги будуть сприяти не лише формуванню у них мови, як основного засобу спілкування, але і гармонічного психічного розвитку особистості в суспільстві. Та разом з тим, недостатньо відображені проблеми визначення рівня психічного розвитку після кохлеарної імплантації (КІ), змісту психологічно-корекційної роботи з урахуванням специфіки відхилень в психічній діяльності, слухового сприйняття і формування мови в рамках надання систематичної допомоги в існуючих освітніх установах (спеціальних і

загального типу), професійної підготовки спеціалістів в області КІ.

Мета даного фрагменту роботи – вивчити особливості психологічного стану дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою різного генезу до та після кохлеарної імплантації для визначення шляхів психологічної корекції в реабілітаційному періоді та профілактики виникнення пато психологічних змін особистості.

Психологічні особливості вивчали у 50 дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою до та після кохлеарної імплантації. Вік дітей коливався від 1 до 16 років, серед них 31 хлопчик та 19 дівчаток.

Всі діти пройшли комплексне медичне та психологічне обстеження. Отоларингологічні та неврологічні діагнози були встановлені спеціалістами отоларингологом та невропатологом. Психологічне обстеження проводили за стандартними методиками (скринінговий опитувальник загальних порушень розвитку та діагностичні інтерв'ю аутичного спектру «ADI-R» та «М-CHAT»), Мюнхенська функціональна діагностика розвитку «МФДР», невербальний тест інтелекту

«Snijders – Oomen Non-verbaler Intelligentztest SON-R», тест Кауфмана «Kaufmann – Assessment-Batteri for Children K-ABC», тест Векслера «WASI»), тривалість обстеження від 40 хвилин до 1,5 годин, залежно від віку дитини.

Під час оцінювання результатів психологічного тестування враховували ряд показників, а саме: рівень уваги, пам'яті, контактність дитини, мислення, уяви та гнучкість мислення, сприйняття форми та кольору, загальну інформативність.

Результати оцінювали за бальною шкалою балів по кожному із тестів. Максимальний показник – 12 балів. За даними оцінювальних шкал: 8 – 12 балів – високий рівень психічного розвитку, 5 – 7 балів – середній рівень; 0 – 4 низький рівень.

Результати психологічного обстеження свідчать про те, що у всіх дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою відмічалася затримка психічного розвитку. Загальна оцінка психічних процесів була в межах від $2,17 \pm 0,25$ до $4,90 \pm 0,12$ балів, що вказувало на переважно низький рівень розвитку, який залежав від генезу захворювання. Отримані дані свідчили, що найбільші психологічні порушення проявлялися у дітей, які мали вади слуху внаслідок патологічних пологів та у дітей після перенесеного менінгіту.

За отриманими результатами вивчення психічного розвитку у дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою різного генезу в структурі порушень пізнавальних процесів найбільше переважали розлади уваги, пам'яті та комунікативної і соціальної поведінки. При вивченні уваги спостерігалася звуження обсягу мимовільної уваги, яке поєднувалося з порушенням процесів концентрації.

Після проведеної кохлеарної імплантації (оцінювання результатів психологічного тесту-

вання за тими ж самими критеріями) в порівнянні з даними отриманими до кохлеарної імплантації відмічалася покращення психічного стану 43 дітей з $(4,54 \pm 0,24)$ балів до $(6,04 \pm 0,18)$ балів, що відповідає середньому рівню розвитку психічних процесів, у решти 7 дітей також відмічалася тенденція до середнього рівня психічних процесів (до кохлеарної імплантації середній бал становив $(2,17 \pm 0,25)$ балів, після КІ – $(3,48 \pm 0,24)$ балів).

Незважаючи на те, що психічний рівень дітей після кохлеарної імплантації підвищився, а саме: покращилося сприйняття форми та кольору, уваги, пам'яті, мислення, загальної інформативності, все ж таки спостерігалася затримка психічного розвитку в порівнянні з нормально-чуючими дітьми.

Отже, особливості психічного розвитку дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою різного генезу до та після кохлеарної імплантації вказують на необхідність практичної розробки моделі психолого-корекційного супроводу дітей після імплантації на ранніх етапах реабілітації.

При своєчасному виявленні затримки психічного розвитку, оптимізації догляду за дитиною і адекватній психокорекційній роботі, затримка психічного розвитку може бути переборена, і діти можуть за своїм нервово-психічним розвитком наблизитись до однолітків.

Отримані данні психологічного діагностування дозволяють диференціювати психічний рівень розвитку дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою у дітей різного віку, а також, об'єктивно оцінити їх психомоторні, когнітивні, інтелектуальні порушення розвитку, адаптивність поведінки та соціалізацію хворих дітей із врахуванням їх клінічних і індивідуальних характеристик.

© Л.М. Вакуленко, І.А. Бєлякова, С.П. Чайка, 2015

*А.І. ГАВУРА, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, В.В. НІКОЛОВ, В.В. МАЛЬОВАННИЙ, О.І. ЯШАН,
І.В. ШЕВАГА (КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ, КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ, УКРАЇНА)*

ЩЕ ОДИН СЕРЕДНИК БЕЗІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ВИДАЛЕННЯ СІРКОВОГО КОРКА ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ

Сірковий корок зовнішнього слухового ходу – це скупчення вушної сірки, до складу якого входять секрети сіркових та сальних залоз, епідерміс, ліпіди, глікопротеїди, імуноглобуліни, ферменти (Т.В. Маляренко, О.Г. Рильська, 2008).

Сірковий корок зовнішнього слухового є доволі частою причиною порушення якості життя людини (Б.Н. Біль і співавт., 2009). Лікування сіркового корка – це його видалення промиванням шприцем Жане, видалення гачком Трельча. В

останні роки добре зарекомендували себе середники безінструментального видалення сіркового корка: А-церумен (Т.В. Малярєнко, О.Г. Рильська, 2008; А.Л. Косаковський і співавт., 2009; Г.С. Протасевич і співавт., 2011, 2011; А.І. Гавура і співавт., 2014), ваксол (Б.Н. Біль і співавт., 2009; І.В. Шевага і співавт., 2014). Нещодавно на фармацевтичному ринку України з'явився новий препарат Ремо – Вакс для видалення сіркового корка зовнішнього слухового ходу. До складу Ремо-Ваксу входять наступні компоненти: пенетранти (алантоїн, фенетанол, бутилгідрокситолуєн, рідкий ланолін); сурфактанти (поліоксетиленовий ефір олеїнової кислоти); вологовміщувальні агенти (сорбітан полімеризований, насичений сироп фруктози); пом'якшувальні агенти (алантоїн, норкове масло). Компоненти Ремо-Вакс мають різнобічну дію. Так, пенетранти активно проникають в товщу сіркового корка і розпушують його; сурфактанти зменшують адгезію корка до стінки слухового ходу; вологовміщувальні агенти сприяють розчиненню і вимиванню сіркового корка; пом'якшувальні агенти пом'якшують роговий шар, звужують пори, пригнічують ріст бактерій. Ремо-Вакс також попереджує утворення сіркового корка у зовнішньому слуховому ході. Даний клінічний засіб ми використали в лікуванні хворих на сірковий корок зовнішнього слухового ходу.

Під нашим спостереженням за період з травня 2014 по травень 2015рр. знаходилося 20 осіб з симптомами сіркового корка зовнішнього слухового ходу. У 8 пацієнтів сірковий корок був однобічний, у решти 12 – двобічний. Хворі були розподілені на 2 групи: основну (12 осіб) і контрольну (8). Хворим основної групи застосовувався Ремо-Вакс. Пацієнтам контрольної використовувалася 3% розчин перекису водню. Застосування Ремо-Ваксу проводилось згідно інструкції. Тримали флакончик у руках, щоб зігріти його до температури тіла. Хворий лягав на бік. М'яко відтягували вушну раковину за часточку донизу і дозадю для «випрямлення» зовнішнього слухового ходу. Накапували по задній стінці слухового ходу 20 крапель засобу Ремо-Вакс, рівень розчину доходив до межі переходу слухового ходу у вушну раковину. Кількість розчину залежить від розмірів слухового ходу, однак не менше 10 крапель. Почекавши 5-10 хв, давали протягом 1 хв витікати розчину,

перевернувшись на інший бік (або, нахилившись над раковиною/серветкою). Повторювали процедуру з іншим вухом (за наявності двобічного сіркового корка). Промивали вухо розчином Ремо-Вакс протягом 3-5 днів вранці і ввечері. За наявності (в анамнезі) перфорації барабанної перетинки Ремо-Вакс не застосовувався. Контрольні огляди проводились на 3-й день від початку лікування.

Критеріями ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на зниження слуху, вплив на закладання вуха) і отоскопічна картина (відсутність або зменшення кількості сірки у зовнішньому слуховому ході). У 9 хворих після застосування препарату спостерігалось відновлення слуху, у 3 – його покращення. У 9 пацієнтів після застосування препарату під час отоскопії сірковий корок не виявлявся. У них зовнішні слухові ходи повністю очистились від сірки без додаткових промивань вуха шприцем Жане. У 2 пацієнтів, у яких кількість сірки на 3-й день лікування значно зменшилась, її залишки були видалені шляхом промивання вуха шприцем Жане. А у 1 хворого виникла необхідність видалення сіркового корка за допомогою гачка Трельча. Це був пацієнт з твердим або кам'янистим сірковим корком. Ремо-Вакс при лікуванні сіркового корка добре переносився хворими, не викликав подразнення шкіри зовнішнього слухового ходу, алергійних реакцій та інших побічних ефектів. В контрольній групі після використання 3% розчину перекису водню кількість сірки зменшилась тільки у 2 хворих, тобто у всіх пацієнтів сірка була видалена шляхом промивання зовнішнього слухового ходу шприцем Жане.

Таким чином, терапевтична ефективність препарату Ремо-Вакс при лікуванні хворих з сірковим корком зовнішнього слухового ходу без промивання слухового ходу шприцем Жане виявилася високою. Препарат Ремо-Вакс є сучасною альтернативою існуючим методом видалення сіркового корка зовнішнього слухового ходу, оскільки в переважній більшості випадків при його застосуванні сірковий корок не тільки розм'якшується, а й самостійно видаляється без промивання слухового ходу шприцем Жане. Ремо-Вакс може з успіхом застосовуватись як для видалення сіркового корка, так і для профілактики його утворення.

© А.І. Гавура, Г.С. Протасевич, В.В. Ніколов, В.В. Мальований, О.І. Яшан, І.В. Шевага, 2015

К.В. ГЕРЛЯНД (КИЕВ, УКРАИНА)

НОВАЯ СИСТЕМА КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ SYNCHRONY ОТ MED-EL И ДРУГИЕ СЛУХОВЫЕ ИМПЛАНТЫ

Компания Мед-Ел – лидер в области производства слуховых имплантов – непрерывно работает над усовершенствованием имплантационных средств слухопротезирования. Преимущества систем Мед-Ел заключаются в введении решетки активных электродов на всю глубину улитки, сохранении структур улитки при введении и использовании новых стратегий обработки звука FineHearing для обеспечения натурального восприятия. В мае 2014 года на международной конференции в Мюнхене компания представила новую систему кохлеарной имплантации SYNCHRONY. Отличительной особенностью нового импланта является магнит, который может свободно вращаться и самовыравниваться в титановом корпусе, минимизируя крутящий момент импланта и риск размгничивания при МРТ. Такая конструкция позволяет проводить обследование МРТ с высокой разрешающей способностью в магнитном поле напряженностью 3,0 Тесла без необходимости удаления магнита. Магнит может быть временно удален для уменьшения области затенения. Имплант SYNCHRONY может быть оснащен штифтами PIN, которые обеспечивают надежную фиксацию импланта на височной кости и уменьшают время проведения операции. Линейка активных электродов насчитывает 10 вариантов исполнения для достижения максимального результата при различных строениях улитки каждого отдельного пациента. Звуковой процес-

сор SONNET оснащен двумя микрофонами и использует программу обработки звука, позволяющую обеспечить направленность на собеседника, уменьшить шум ветра и автоматически регулировать уровень громкости. Водонепроницаемый корпус позволяет хорошо слышать в любой ситуации. Система регистрации данных об использовании процессора позволит аудиологу легко адаптировать настройку процессора к индивидуальным потребностям пользователя. Увеличено время работы от двух воздушно-цинковых батареек (675 тип) до 60 часов. Для подключения внешних источников звука процессор оснащен телефонной катушкой, батарейным отсеком со стандартным трехштырьковым разъемом и подготовкой для беспроводного подключения на частоте 2,4 Гц.

Для пациентов с частичной глухотой процессор SONNET может комплектоваться акустическим модулем для усиления низких частот до 48 дБ, обеспечивая максимальный уровень звукового давления на низких частотах 118 дБ в 6-ти каналах. Для пациентов с кондуктивной и смешанной тугоухостью (пороги слуха до 65 дБ) используются другие имплантационные решения: Vibrant Soundbridge и Bonebridge.

Таким образом, специалисты компании Мед-Ел с помощью линейки имплантационных продуктов стремятся дать возможность слышать как можно большему количеству пациентов с различными потерями слуха.

© К.В. Герлянд, 2015

С.С. ГЛАЗУНОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ

Аналіз медичної та психолого-педагогічної літератури свідчить про наявність нагальної потреби у створенні спеціальних підходів психологічного й педагогічного спрямування, методик розвитку та навчання дітей з КІ, відмінних від тих, що застосовуються у роботі з дітьми з порушеннями слуху, які користуються слуховими апаратами (В. Березнюк, О. Борисенко, І. Сребняк, Ю. Сушко, В. Шкорботун; Л. Борщевська, Б. Мороз, О. Савченко, Н. Шепелен-

ко; О. Жукова, О. Зонтова, І. Корольова, Т. Пелимська, Н. Шматко та ін.), причиною чого виступає концептуально та технологічно інший спосіб забезпечення сприйняття та розпізнавання акустичних подразників. Водночас зарубіжні джерела, зосереджені на розкритті сутності процесу реабілітації означеної категорії осіб (Т. Ching, G. Clark, Н. Dillon, R. Harrison, Y. Henkin та ін.), що покладено в основу організації допомоги у вітчизняних умовах, не врахову-

ють специфіки національної системи освіти, яка своєю чергою визначає особливості психолого-педагогічного супроводу в контексті комплексного процесу реабілітації, і являє собою імплементацію професійного співробітництва з метою створення оптимальних умов розвитку, навчання та виховання дітей з КІ, починаючи з раннього віку. Відтак, виникає потреба у теоретичному обґрунтуванні підходів та методик, що є результатом емпіричних розвідок працівників закладів відповідного спрямування, а також розробленні тих компонентів психолого-педагогічного супроводу, дефіцит яких справляє негативний вплив на весь процес реабілітації.

Мета дослідження – розроблення теоретично обґрунтованої та експериментально апробованої системи психолого-педагогічного супроводу дітей з кохлеарними імплантами дошкільного віку.

Відповідно до поставленої мети було визначено такі **завдання дослідження**:

1. Вивчити стан дослідження проблеми комплексної реабілітації дітей з порушеннями слуху в сурдопедагогічній науці і практиці.

2. Здійснити аналіз кохлеарної імплантації як методу реабілітації дітей з важкими порушеннями слуху, визначити основні умови ефективності кохлеарної імплантації.

3. Розробити критерії та інструментарій обстеження стану слухового сприймання та мовлення у дітей з КІ.

4. Визначити та обґрунтувати особливості супроводу дітей дошкільного віку після хірургічного етапу кохлеарної імплантації.

5. Розробити та експериментально перевірити систему психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Матеріали і методи дослідження. У процесі дослідження було використано: *теоретичні, емпіричні методи та методи обробки даних.*

Дослідженням було охоплено 45 дітей дошкільного віку з КІ, а також 10 фахівців (вихователів, сурдопедагогів, психологів) та 90 батьків з Києва та України.

Результати дослідження. Обґрунтовано, розроблено та апробовано:

- організаційно-методичне забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей з КІ на кожному з етапів післяопераційної реабілітації;

- авторську методику корекційної допомоги під час налаштування мовного процесора (патент № 54566 від 05.05.2014 р.);

- інструментарій обстеження стану слухового сприймання та мовлення у дітей з кохле-

арними імплантами (Карта психолого-педагогічного обстеження дитини з КІ) з метою точної діагностики та подальшої корекції виявлених особливостей розвитку.

Здобуті у процесі дослідження дані, розроблені методики можуть бути використані: для підвищення результативності корекційно-розвивального впливу навчально-виховного процесу на дітей з КІ, сприятимуть реалізації потенційних можливостей вихованців цієї категорії; для оновлення методичного забезпечення розвитку дошкільників з КІ; у підготовці та читанні відповідного курсу студентам вишів, слухачам курсів підвищення кваліфікації сурдопедагогів, логопедів, вихователів дошкільних навчальних закладів компенсуючого типу, закладів з інклюзивною формою навчання, у роботі з батьками.

Висновки:

1. Аналіз нормативної бази України, медичної, психолого-педагогічної літератури свідчить про актуальність проблеми реабілітації дітей з порушеннями слуху у сучасній сурдопедагогічній науці і практиці, наявність даних про важливість раннього виявлення та початку комплексної корекції, основою якої є формування слухового сприймання та мовлення, що справляє позитивний вплив на розвиток психічних процесів дитини і стає запорукою її інтеграції у суспільство. Водночас, особливої уваги потребує питання глибокого аналізу сутності реабілітації як основоположної умови успішної соціальної адаптації дітей з КІ, що зумовило необхідність уточнення у контексті дослідження сутності поняття «комплексна реабілітація дітей з порушеннями слуху», одним з ключових векторів якої виступає психолого-педагогічний супровід.

2. Встановлено, що зарубіжні науково-методичні джерела, зосереджені на розкритті сутності реабілітації дітей з КІ, і покладені в основу організації допомоги у вітчизняних умовах, не можуть врахувати специфіку національної системи освіти. Доведено некоректність механічного трансплювання досвіду традиційного застосування методик розвитку та навчання дітей з порушеннями слуху, які користуються слуховими апаратами, в освітній процес дітей з КІ, причиною чого виступає концептуально та технологічно інший спосіб забезпечення сприймання та розпізнавання ними акустичних подразників. Відтак, виявлено наявність гострої потреби у теоретичному обґрунтуванні вітчизняних підходів та діагностично-корекційних методик, що є результатом емпіричних розвідок працівників закладів відповідного спрямування, як основних умов ефективності застосування мето-

ду кохлеарної імплантації, а також з огляду на його інноваційність для України.

3. Обґрунтовано та виділено мінімально доцільний комплекс критеріїв розвитку дитини дошкільного віку з КІ за такими напрямками: корекційна допомога під час налаштування мовного процесора, слухосприймання, мовлення, психіка та емоційний стан. На їх основі та з урахуванням міжнародних стандартів оцінювання, принципів верботональної методики, вікових та категоріальних особливостей дітей розроблено Карту психолого-педагогічного обстеження дитини з КІ, відповідно до якої здійснено поетапну діагностику (до операції; після операції: 1 міс., 3 міс., 6 міс., 12 міс., 24 міс.) розвитку зазначеної категорії дітей, здійснено кількісний та якісний аналіз її результатів, на основі чого визначено труднощі, які виступають у якості індикаторів низького та середнього рівнів розвитку за вищезазначеними напрямками, що визначає специфіку організації психолого-педагогічного супроводу.

4. Визначено особливості психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами:

- організаційні, що передбачають підготовку та відбір дітей з важкими порушеннями слуху до кохлеарної імплантації; забезпечення якісної системи КІ, її технічне обслуговування; проведення функціональної діагностики, тональної і мовної аудіометрії; супровід фахівців (хірурга, сурдолога, аудіолога, сурдопедагога, психолога), залучення батьків; відповідну організацію навчального середовища; забезпечення перебування дитини у мовленнєвому оточенні;

- дидактико-методичні, зокрема добір змісту навчально-розвивальних занять та методів роботи, які забезпечують слухомовленнєвий розвиток, розвиток психічних процесів дитини,

використання діагностичних та дидактичних матеріалів (Карта психолого-педагогічного обстеження дитини з КІ тощо);

- корекційно-реабілітаційні, що передбачають слухомовленнєву реабілітацію дитини з врахуванням вікових та індивідуальних особливостей, специфіки розвитку дітей з порушеннями слуху, можливостей кохлеарної імплантації; створення емоційно-комфортної атмосфери для психічного благополуччя та соціальної адаптації дитини.

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

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

© С.С. Глазунова, 2015

Я.Ю. ГОМЗА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПРЕВЕНТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА ЗА ДОПОМОГОЮ КАЛОРИЧНОЇ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

На сьогодні новітні підходи до проблеми суспільного здоров'я потребують реконструкції системи профілактики захворювань, від профілактики у традиційному її значенні, до профілактики активної, висхідної, що ставить на меті як виділяти групу ризику (первинна профілактика), так і забезпечення стабілізації патологічного процесу і попередження прогресування. Преве-

нтивна реабілітація – наукова основа первинної профілактики. Одним із шляхів вирішення проблеми профілактики вестибулярних порушень у хворих на судинні захворювання головного мозку є застосування калоричної вестибулярної стимуляції.

Мета - Визначити ефективність калоричної вестибулярної стимуляції за допомогою си-

ластикових трубок для профілактики вестибулярних порушень внутрішнього вуха у хворих на церебральний гіпертонічний криз.

Матеріали і методи. Проведена вестибулометрія 90 хворим, які в середньому $15,0 \pm 1,2$ дні тому перенесли церебральний гіпертонічний криз. У 30 з цих хворих калорична вестибулярна стимуляція проводилась за допомогою розробленого нами пристрою з використанням трубок силастикових (основна група), і у решти 30 традиційним способом (група порівняння). Контрольну групу склали 30 хворих на церебральний гіпертонічний криз.

Результати і їх обговорення. Відчуття запаморочення на 14 день після початку калоричної вестибулярної стимуляції відмічали всього 11 з 30 (36,7%) хворих основної групи, до 12 із 40 хворих (40,0%) групи порівняння, та 24 (80,0%) хворих контрольної групи. Спонтанні вестибуло-соматичні реакції було виявлено у 13 (43,3%) обстежуваних основної групи, у 14 (46,7%) хворих групи порівняння, і у 26 (86,7%) обстежуваних контрольної групи. Вестибуло-вегетативні реакції визначались у 10 (33,3%) хворих основної групи, 10 (33,3%) хворих групи порівняння, і у 28 (93,3%) обстежуваних контрольної групи. Спонтанний ністагм визначався у 13 (43,3%) хворих основної групи, 12 (40,0%) хворих групи порівняння, і у 28 (93,3%) обстежуваних контрольної групи. Гіпорексія лабіринтів визначались у 13 (43,3%) хворих основної групи, 12 (40,0%) хворих групи порівняння, і у 26 (86,7%) обстежуваних контрольної групи.

Таким чином, на 14-й день після початку калоричної вестибулярної стимуляції поєднаний вестибулярний синдром – центральний і периферичний – виявлено тільки у 13 (43,3%) хворих основної групи і 12 (40,0%) хворих групи порівняння; $t=0,02$, різниця не достовірна. Поєднаний вестибулярний синдром – центральний і периферичний – виявлено у 26 (86,7%) обстежуваних контрольної групи. Критерій достовірності t дорівнював 3,45. Ймовірність різниці $p < 0,001$, різниця достовірна. Отже, ефективність процедури при застосуванні пристрою для калоричної вестибулярної стимуляції відповідає ефективності традиційного її способу, і є вищою в разі відсутності застосування калоричної вестибулярної стимуляції.

Висновки.

Після використання при лабіринтних порушеннях трубок силастикових для калоричної вестибулярної стимуляції хворими на церебральний гіпертонічний криз у порівнянні з проведенням у них калоричної вестибулярної стимуляції без використання пристрою, виявляється однакова ефективність відновлення вестибулярної функції: кількість випадків поєданого вестибулярного синдрому за холодної калоризації складає 43,3% до 40,0% в контролі. Однак, перевагою використання трубок силастикових для калоричної вестибулярної стимуляції є можливість самостійного виконання хворим зазначеної процедури, що є способом превентивної реабілітації і вагомим внеском до первинної профілактики цього захворювання.

© Я.Ю. Гомза, 2015

И.И. ГРИНЬКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТУБОТИМПАНАЛЬНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Цель исследования – оценить функцию евстахиевых труб до операции у пациентов с хроническим туботимпанальным гнойным средним отитом по результатам инфляционно – дефляционного теста (inflation – deflation test). Сопоставить результаты теста с проходимость слуховой трубы при пробе Вальсальва, находками при риноскопии и эндоскопии носоглотки и жалобами пациентов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 68 пациентов (31 мужчин и 37 женщин) по поводу хронического туботимпанального среднего отита. Всем пациентам в предоперационном периоде был выполнен инфляци-

онно-дефляционный тест. Проверена проходимость слуховой трубы при пробе Вальсальва. При эндоскопии было оценено состояние носа, носоглотки, глоточных устьев слуховых труб. Во время сбора анамнеза использовался опросник ETDQ-7 и SNOT-22. Для оценки вентиляционной функции СТ использовалась классификация Flisberg Miller Sidentop (FMS).

Результаты. У 18 пациентов была выявлена 5 степень функции СТ по классификации FMS. У 7 из них наблюдалось искривление носовой перегородки, у 4 рубцы в области глоточного устья слуховой трубы. Проходимость СТ по данным пробы Вальсальва была положитель-

ная у 8 пациентов из этой группы, у остальных СТ не продувалась.

1 степень функции СТ была выявлена у 9 из 68 пациентов, из них у 2 наблюдалось искривление носовой перегородки. При пробе Вальсальвы проходимость слуховой трубы была выявлена у 7 из 9 пациентов.

Выводы. Инфляционно-дефляционный тест является эффективным методом исследова-

ния и позволяет определить степень функции СТ при перфорации барабанной перепонки. Как свидетельствуют наши данные, не существует достоверной корреляции между определением функции СТ по методу FMS и результатом определения проходимости СТ при пробе Вальсальвы. Отсутствие видимого патологического процесса в носоглотке и носоглоточном устье СТ не исключает наличие разной степени ее дисфункции.

© И.И. Гринько, 2015

*А.Д. ГУСАКОВ, А.А. ГУСАКОВА, Д.Н. КОКОРКИН, В.В. СКОРОБОГАТЫЙ
(ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

ВАРИАНТ ХИРУРГИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

За последние десятилетия проблема экссудативных средних отитов стала по сравнению с хроническими гнойными заболеваниями уха если не равноценной по своей клинической значимости, то близка к этому, поскольку вопросы причинности, развития болезни, терапии этого заболевания далеки от окончательного разрешения.

Экссудативный средний отит находится у истоков многих хронических заболеваний среднего уха, он может закончиться выраженным рубцово-спаечным процессом, тимпанофиброзом и тимпаносклерозом, формированием холестеариновой гранулемы сосцевидного отростка или псевдокисты, образованием различной выраженности ретракционных втяжений с последующим появлением ретракционной холестеатомы и классической клиники гнойного среднего отита.

В задачи данного сообщения не входит описание развернутой клиники экссудативного отита. Можно только отметить, что наличие серозного экссудата в полостях среднего уха, имеющего цвет от светлого, соломенно-желтого до коричневого, больше видимо соответствует наличию механического препятствия на пути воздухообмена от носоглотки до ячеек сосцевидного отростка. Хирургическое разрешение этих препятствий и создание дополнительных путей вентиляции (варианты шунтирования) в большинстве случаев приводят к клиническому выздоровлению. Совершенно другая ситуация наблюдается, когда в основе патогенеза болезни имеются патоморфологические изменения слизистого покрова системы среднего уха на достаточно большом протяжении с резкой гиперпла-

зией бокаловидных клеток и образованием вязкого слизистого содержимого в полостях.

Здесь явно просматривается многофакторность этого патологического процесса: дисбаланс вегетативной иннервации, неадекватный газовый состав в полостях уха и триггерная роль углекислоты, нарушение местной и общей иммуно-резистентности, патология носоглотки, возможна роль вирусной инфекции и конечно же снижение многогранных составляющих функции слуховой трубы, в том числе потеря способности адекватно вентилировать имеющийся объем полостей среднего уха.

Пожалуй, главная роль в комплексной терапии подобных заболеваний уха принадлежит созданию дополнительных возможностей и путей вентиляции среднего уха. Это могут быть приемы Вальсальве, Политцера, Белоголовова, катетеризация, парацентез и варианты шунтирования барабанной полости. Мы использовали расположение вентиляционных трубок в большинстве случаев в задних квадрантах барабанной перепонки, реже в передних, а также субанулярно в сформированной костной канавке на границе задней и нижней костных стенок. Как правило, длительность нахождения вентиляционных трубок была разной и определялась главным критерием: отсутствие слизистых выделений. В упорных случаях, при рецидивах и обострениях у 12 человек осуществлялось двойное шунтирование: барабанной полости по обычной методике и антрума через точку Вульфа в области задней стенки слухового прохода. Дренажная трубка в антруме находилась по времени примерно вдвое меньше чем в барабанной полости.

В данном сообщении мы приводим необычный способ хирургического лечения очень упорного по клиническому течению экссудативного (слизистого) отита у 5-ти взрослых больных. Явной сопутствующей патологии выявлено не было, однако, несмотря на проводимые методы доступной консервативной терапии и неоднократные приемы шунтирования барабанной полости и антрума после некоторого улучшения вновь наступало обострение заболевания. Создавалось четкое впечатление о неспособности слуховой трубы самостоятельно вентилировать имеющиеся полости среднего уха. Принято решение хирургически ограничить полости уха эпи-и мезотимпанумом на уровне

адитуса. Больным произведена антромастоидотомия с низким удалением кости задней стенки, не затрагивая наружной стенки адитуса. После удаления мукопериоста ход в адитус перекрывается фасцией, на дно полости укладывается достаточный по площади кожный лоскут слухового прохода. Заживление у всех больных было довольно быстрым и слизистый экссудат в барабанной полости больше не накапливался, о чем подтверждала нормальная слуховая функция. Успех данных операций по нашему мнению, видимо, можно объяснить наряду с другими факторами значительным уменьшением объема полости, в которых слуховая труба способна поддерживать адекватный воздухообмен.

© А.Д. Гусаков, А.А. Гусакова, Д.Н. Кокоркин, В.В. Скоробогатый, 2015

Е.В. ДЕМИНА, Т.В. КОЗАКОВА, А.В.ДЗЫЗА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Известно, что около 6% населения земного шара страдают глухотой или имеют проблемы со слухом (В.Я. Акименко и соавт., 2006; Wimmer C et al., 2000). По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения количество лиц в мире, которые имеют снижение слуха более 40 дБ на лучше слышащее ухо, составляет около 13 млн. человек. Нарушение слуха, прежде всего, сказывается на самом страдающем от него человеке, а также на окружающих его людях. Это вызывает определенный дискомфорт в общении и мировосприятии и снижает качество жизни слабослышащего.

Причины тугоухости разнообразны. Многими авторами изучены этиологические факторы этой патологии, раскрыты механизмы возникновения нарушений слуха, разработаны различные лечебные мероприятия. Однако в большинстве случаев использование широкого арсенала медикаментозных препаратов или даже хирургических вмешательств не может полностью восстановить утраченный слух. Поэтому, на сегодняшний день наиболее оптимальным средством компенсации различных потерь слуха являются слуховые аппараты (СА).

Существует огромное разнообразие СА. Они отличаются технологией обработки звукового сигнала, наличием программ оптимизации качества звука, комфорта звуковосприятия и улучшения разборчивости речи. Кроме того, современные СА различаются по стилю ношения: заушные, внутриушные, внутриканальные.

Выбор слухового аппарата зависит от нескольких факторов: степени потери слуха, анатомических особенностей уха пациента, состояния барабанной перепонки и, наконец, личностных предпочтений пользователя.

Наиболее универсальными и удобными в использовании являются слуховые аппараты заушного типа. Очень важным моментом в настройке таких аппаратов является использование индивидуальных внутриушных вкладышей (ИВВ), которые обеспечивают связь между слуховым аппаратом и органом слуха. От их дизайна и конструкции зависит качество звука и слуховой комфорт пользователя. Индивидуальный внутриушной вкладыш готовится по предварительно снятому слепку наружного слухового прохода пациента. Правильно изготовленный ИВВ плотно obturiрует наружный слуховой проход, что позволяет избежать эффекта обратной связи (свиста), а также улучшает акустические характеристики воспринимаемого звука. Кроме того, используемые современные материалы для изготовления ИВВ избавляют пациента от дискомфорта, выпадения вкладыша и ощущения «инородного тела» в ухе.

Таким образом, в современном слухопротезировании важно обращать внимание не только на акустические параметры слуховых аппаратов, но и на использование индивидуальных внутриушных вкладышей. Это позволяет избежать многих нежелательных явлений и улучшить слуховое восприятие слабослышащего.

© Е.В. Демина, Т.В. Козакова, А.В.Дзыза, 2015

ДИРОФИЛЯРИОЗ ЛОР-ОРГАНОВ: НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Дирофиляриоз – это паразитарное заболевание, вызванное наличием в организме человека крупного червя из рода *Dirofilaria*. Для данной глистной инвазии характерно медленное развитие и хроническое течение. Человек заражается в результате укуса комара, который имеет в своем ротовом аппарате личинки дирофилярий. В свою очередь, источником инфицирования комара являются зараженные дирофиляриозом у кошки, собаки или другие животные. Инкубационный период может быть до нескольких лет и зависит от состояния иммунной системы человека и роста гельминта.

На начальном этапе в месте укуса комара (через несколько дней) появляется уплотнение, которое сопровождается зудом. Наиболее типичным клиническим симптомом заболевания является перемещение возбудителя под кожей. Миграция гельминта может проходить на расстояние до 30 см в сутки. Также диагностическим симптомом заболевания может быть наличие ощущения движения живого существа внутри плотного образования.

Дирофиляриоз достаточно редкое заболевание. Так, за последние 20 лет по Украине выявлено 50 случаев заболевания. В Российской Федерации с 1996 года по 2001 год выявлено 152 случая дирофиляриоза. В ЛОР-клинике ХНМУ эта патология констатирована у 2 пациентов в период 2010-2015 гг.

В одном случае наличие гельминта в левой заушной области спровоцировало начало хронического процесса в наружном слуховом

проходе и среднем ухе. После безуспешного консервативного лечения больному проведена санлирующая операция на среднем ухе с удалением патологически измененных тканей. Последующее их гистологическое исследование подтвердило наличие фрагментов умершего гельминта. Во втором случае патологический очаг констатирован на боковой поверхности шеи. Из анамнеза выяснено, что припухлость медленно перемещалась вдоль кивательной мышцы. Кроме того, отмечалось ощущение движения внутри очага заболевания. Указанные симптомы помогли в установке предварительного диагноза: дирофиляриоз. Подкожный патологический очаг был хирургически удален. В нем также были обнаружены элементы умершей нематоды. В частности, в гистологических срезах обнаруживаются кутикулярные «шпильки», соответствующих вершинам продольных гребней на кутикуле червя.

В послеоперационном периоде больные специфического лечения не получали, так как в организме паразитирует только один представитель дирофилярий. У обоих пациентов раны зажили первичным натяжением. Наблюдение за больными в течение 1 года показало отсутствие рецидивов заболевания.

Таким образом, следует констатировать о возрастании частоты этого заболевания в ЛОР-практике. При неясной клинической картине заболевания, трудностях диагностики следует помнить о наличии такого рода глистной инвазии.

© Е.В. Демина, М.Н. Пустовалова, 2015

СПРИЯТЛИВІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Гострий середній отит (ГСО) є частою патологією у дітей грудного віку. По даним багатьох зарубіжних авторів у дітей на протязі першого року життя майже в 65% випадків спостерігається один або декілька разів ГСО, а у віці до п'яти років ця частота зростає до 80 і більше відсотків. Пік захворюваності припадає на 6-18 місяць життя. Розвиткові захворювання сприяють суттєві анатомо-фізіологічні особливості будови середнього вуха, а також імунна незрілість дітей грудного віку та багато інших факторів.

З метою вивчення причин, які сприяють розвитку ГСО у дітей грудного віку, нами проведено комплексне обстеження 85 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ОДЛІ м. Мукачево. Серед хворих переважали діти від 3 до 10 місяців. Контролем служили 25 здорових дітей грудного віку.

Діагноз захворювання встановлювався на основі загальних клінічних даних і отоскопічної картини в динаміці. При катаральному отиті барабанні перетинки були помірно згладжені, чер-

вони, дещо інфільтровані. При діагностичній тимпанотомії у 10 дітей барабанні перетинки були «м'які», отримано слизово-гнійні виділення. Гнійний отит виявлено у 32(37,6%) дітей, барабанні перетинки були червоні, інфільтровані та випнуті в задньо-верхньому відділі. Двосторонній процес був у 92,4% дітей. Всім дітям проводилися необхідні лабораторні аналізи, а також бактеріологічні дослідження гнійних виділень з вуха на мікрофлору і чутливість до антибіотиків.

В результаті дослідження встановлено, що ГСО частіше розвивався у ослаблених дітей, які народилися недоношеними, мали анемію. Констатована гіпогалактія у матерів, порушення режиму та способу годування, нераціональна дача прикорму, недостатній догляд за дітьми. На ранньому змішаному та штучному вигодовуванні було 71,7% дітей, мали гіпотрофію – 56,4%, рахіт – 32,9%, ексудативний діатез – 22,3%. Деякі діти (18,8%) мали відхилення в анти- та перинатальному періоді. У перші місяці життя 22 дітей хворіли на ринофарингіт. Безпосередньо перед розвитком ГСО 77,6% дітей перехворіли ГРВІ та отримували антибіотики. Встановлено також, що у 1/3 хворих дітей бать-

ки в дитинстві мали отити. Особливо часто виявлявся ГСО у дітей, які тривалий час перебували в лікарні і безконтрольно отримували антибіотики. У таких дітей розвивалася суперінфекція резистентною мікрофлорою, а тривале лежання на спині сприяло розвитку ГСО, виникали так звані «позиційні» отити.

Лікування всіх дітей було комплексним з врахуванням етіології та патогенезу захворювання, преморбідного стану, характеру супутніх захворювань, наявності загальної інтоксикації, а також тривалості попередньої терапії. Дотримувалася оптимальний для хворої дитини індивідуальний догляд, харчування та тісний контакт з педіатром.

Отже, схильними факторами розвитку ГСО у дітей грудного віку є несприятливий преморбідний стан, недоношеність, перинатальна патологія, імунна незрілість організму дитини та особливо штучне вигодовування, гіпотрофія, а також часті ГРВІ, зловживання антибіотиками, неправильне годування на фоні анатомофізіологічних особливостей будови середнього вуха, що необхідно враховувати з метою попередження даного захворювання.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2015

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

ВИПАДКИ ЯТРОГЕНІЙ В ПРАКТИЦІ ДІТЯЧОГО ОТОЛАРИНГОЛОГА

Лікарю регламентується володіти необхідними теоретичними і практичними знаннями та постійно підвищувати свій професійний рівень. Ятрогенні ушкодження при виконанні інвазивних досліджень та лікуванні хворих можуть приводити до непередбачених негативних наслідків. Помилки лікаря можуть бути обумовлені неправильною діагностикою захворювання, недооцінкою супутньої патології, наявності ускладнень, невірною підбраною фармакотерапією та хірургічною тактикою, а також недостатньою кваліфікацією, самовпевненістю, необережністю, халатністю та багатьма іншими факторами.

Метою нашого дослідження було представлення читачам казуїстичних медичних помилок при обстеженні та лікуванні двох хворих дітей.

Дівчина М., 10 років, поступила в ЦРЛ із скаргами на підвищення температури тіла до 39-40°C, біль голови та в правій ділянці черева, блювоту. В аналізі крові лейкоцитів 16,0 г/л, ШОЄ 38 мм/час. Хвора була оглянута хірургом і

виконана операція апендектомія. Стан дитини не покращувався, не дивлячись на активне протизапальне лікування. Після консилиуму лікарів і більш ретельно зібраного анамнезу, встановлено, що дитина вже тривалий час хворіє на хронічний середній отит, періодично лікується в отоларинголога. На третій тиждень захворювання дитина переводиться в ЛОР-відділення ОДЛ, де вставлено лівосторонній хронічний епітимпаніт в стадії загострення, отогенний менінгіт, тромбоз сигмовидного синусу. В ургентному порядку була проведена розширена радикальна операція на лівому вухові з відкриттям середньої і задньої черепних ям та сигмовидного синусу. Після проведення операції у дитини зникли всі попередні симптоми захворювання і поступово наступило повне одужання. При контрольному ЛОР-огляді через 3 та 6 місяців і 1,2,3,5 років дитина здорова. Існує зниження слуху на ліве вухо 30 ДБ.

Хлопець В., 3 роки. Батьки запідозрили, що їхня дитина випадково проковтнула плоску

батарейку від іграшки. У дитини спостерігалось слиновиділення, неспокій, відмова від їжі, кашель та підвищення температури тіла. Дільничний педіатр призначив лікування, але стан дитини не покращувався і через тиждень вона була направлена в ЦРЛ до районного педіатра, де було виконано рентгенографію органів грудної клітки і черевної порожнини. При її проведенні батько тримав дитину і гудзик, на рукаві його куртки, був накладений на рентгенограму в проекції тазових органів дитини, який рентгенолог помилково сприйняв, як стороннє тіло в товстому кишечнику, хоча воно було за його межами, не звернувши уваги також на те, що одночасно видно проекцію кисті руки батька, а також на те, що рентгенограма виконана неправильно. На ній відсутня верхівка легень і верхня частина стравоходу, де і знаходилося стороннє тіло. Не дивлячись на продовження лікування, стан дитини погіршувався. Вона відмовлялася від їжі, а при її прийомі, особливо рідкої, виникав сильний приступ кашлю. У дитини постійно була підвищена температура тіла. Батьки чули хрипоту в її грудях. В зв'язку з цим була прове-

дена повторна, вже правильна, рентгенографія органів грудної клітки, на якій чітко було видно стороннє тіло стравоходу в першому фізіологічному звуженні. Дитина відправлена в ЛОР-відділення ОДЛ, де їй в ургентному порядку, через місяць після захворювання, під загальним знеболенням видалено стороннє тіло стравоходу, але при цьому виявлено норицю в трахею, діаметром 1,0 см. Дитину було транспортовано в торакальний відділ м. Київ, де їй успішно проведена пластична операція по ушиванні нориці стравоходу. Поступово наступило одужання. Контрольний огляд дитини з проведенням ендоскопічного огляду стравоходу через кожні три місяці і через 1, 2 та 3 роки патології не виявлено.

Отже, з метою недопущення помилок в своїй роботі, кожний лікар зобов'язаний досконало освоїти свою спеціальність та постійно підвищувати кваліфікацію. Завжди пам'ятати основну професійну заповідь: «Non posere!» Несвідомо виникаючі помилки в роботі не скривати, а ділитися ними з колегами для їх попередження та недопущення в майбутньому.

© В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2015

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, А.Ю. ШИДЛОВСЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ТА АУДИОМЕТРИЧНИХ РАНИХ ПРОЯВІВ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗВУКОСПРИЙНЯТТЯ

Протягом багатьох років і до тепер багато дослідників порушенням функції звукосприйняття приділяють досить велику увагу. Однак, на жаль, тенденція до їх зростання в усіх країнах світу не зупиняється.

За даними багатьох авторів судинні захворювання є одними з найбільш частих причин ураження слухового аналізатора, що призводить до порушення його функції. Н.С. Алексеева, Н.М. Кириченко (2006) відмічають, що периферійний і центральний кохлеовестибулярний синдроми до тепер повністю не вивчені. Не встановлено зв'язок з рівнем артеріального тиску, структурними змінами внутрішніх сонних і хребетних артерій, станом мозкової і центральної гемодинаміки, не розкриті патогенетичні механізми їх формування та ін. Окрім того відомо, що для розробки заходів профілактики сенсоровальної приглухуватості (СНП) важливе значення мають ретельне з'ясування і усунення причин її виникнення, а також оздоровлення з початковими і субклінічними проявами цієї па-

тології. Відома також і складність лікування хворих з вираженим порушенням функції по типу звукосприйняття.

Мета роботи – дослідити співвідношення між скаргами хворих з порушенням функції звукосприйняття судинного генезу та даними аудіометрії в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот з нормальними показниками слуху на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц, а також визначити особливості їх ранніх клінічних та аудіо метричних проявів.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 61 хворий з порушенням слухової функції по типу звукосприйняття у віці від 28 до 50 років. Контролем слугували 20 молодих нормальнослухових здорових людей, які не мали інфекційних та судинних захворювань, ЧМТ, а також контакту з шумом чи радіацією. Слухова функція досліджувалась на тони в області (0,125-8) та (9-16) кГц, тобто, в конвенціональному та розширеному діапазонах частот в екранованій та звукоізолюваній камері, де рі-

вень шуму не перевищував 30 дБ, за допомогою клінічного аудіометра АС-40, фірми «Interacoustics» (Данія). Для виключення патології середнього вуха у досліджуваних хворих проводили тимпанометрію за допомогою імпедансометра SD-30 (Німеччина). До аналізу увійшли лише ті хворі з порушенням слуху по типу звукосприйняття, у яких була зареєстрована тимпанограма типу «А» по Jerger, яка свідчила про відсутність порушення функції звукопроведення у досліджуваних хворих. Це було підтверджено і позитивними дослідженнями Бінга, Федерічі та мовного Рінне.

Проведені дослідження дозволили виявити наступне. Виявлено, що лише 6,6% хворих з порушеннями слуху по типу звукосприйняття, у яких слух на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц знаходився в межах норми, а в розширеному (9-16) кГц був порушений артеріальний (АТ) тиск був нестійким із схильністю до його зниження, однак 93,4% мали нестійкий АТ із схильністю до його підвищення. Переважну більшість (65,7%) таких хворих з ранніми проявами порушення функції звукосприйняття скарги на слухові розлади не турбували. Однак досить часто (62,3%) їх турбував вушний шум, підвищена дратівливість (61,9%), порушення сну (60,6%) головні болі (78,7%), тощо. Головний біль може турбувати з різною частотою, вираженістю, локалізацією і в залежності від навантаження емоційного чи фізичного. Досліджувані хворі висували скарги і на негативний вплив атмосферних змін. Вони помічали зміни в порушенні пам'яті та уваги, в зниженні працездатності та підвищенні емоційальності на що вказували й інші автори.

За даними аудіометричного обстеження виявлено, що у переважної більшості (61,9%) хворих з СНП судинного генезу на початкових стадіях її розвитку, тобто, при нормальному сприйняття тонів в конвенціональному (0,125-8) кГц діапазоні частот, має місце практично симетричне порушення слуху на тони в розширеному (9-16) кГц. При цьому 23,8% таких хворих мали низхідний характер аудіометричної кривої, 16,7% - низхідний з максимальним зниженням слуху на тони в області (14 і 16) кГц. У 21,4% випадків

зазначені хворі мали «пилкоподібний» характер, але теж із схильністю до низхідної аудіометричної кривої. У решти хворих (38,1%) з нормальним слухом на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц діапазоні частот в розширеному (9-16) кГц спостерігалось асиметричне порушення слуху на праве і ліве вухо. Причин цього установити не вдалося. Однак частіше у таких хворих вушний шум був однобічним і спостерігався він на стороні більш вираженого порушення слуху на тони по типу звукосприйняття.

Таким чином детально зібрані скарги хворих у взаємозв'язку з даними про слух на тони в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот дозволяють виявити хворих ще при ранніх проявах функції звукосприйняття, що буде сприяти своєчасному проведенню лікувально-профілактичних заходів.

Висновки

1. Більшість (65,7%) хворих при ранніх проявах порушення функції звукосприйняття судинного генезу скарги на розлади слуху не висувують. І слух на тони в області конвенціонального (0,125-8) кГц діапазону частот у таких хворих знаходиться в межах норми. Однак в різному ступені вираженості у них спостерігається порушення слуху на тони в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот.

2. Досить часто таких хворих турбував вушний шум (62,3%), головні болі (78,7%), підвищена дратівливість (61,9%), порушення сну (60,6%), тощо. Зазвичай такі хворі мали нестійкий артеріальний тиск із схильністю до його підвищення.

3. Детально зібрані скарги хворих у взаємозв'язку з даними аудіометрії в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот дозволяють виявити хворих ще з ранніми проявами порушення функції звукосприйняття, що буде сприяти більш ефективному проведенню лікувально-профілактичних заходів.

4. Дана характеристика типів тональних аудіометричних кривих в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот при ранніх проявах порушення функції звукосприйняття, коли слух на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц знаходився ще в межах норми.

ДЕВЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ДНЕПРОПЕТРОВСКЕ

На сегодняшний день в Украине проживает более тысячи пользователей кохлеарных имплантов. В Днепропетровске с 2006 года проводится весь комплекс мероприятий для глухих пациентов, начиная от обследования, проведения операции кохлеарной имплантации (КИ), а так же послеоперационных настроек речевого процессора и слухо-речевой реабилитации.

За этот период в ЛОР-клинике на базах КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.Мечникова» и КУ «Днепропетровская областная детская больница» было выполнено 109 операций КИ (106 пациентов). Были установлены импланты фирм MedEl (76), Neurelec (31) и Advance Bionics (2). Кроме того, было выполнено 33 операции за рубежом (Казахстан, Узбекистан, Беларусь).

Среди пациентов было 98 детей и 8 позднооглохших взрослых. У трех больных после менингита мы использовали Split-электрод (MedEl).

Как известно, эффективность КИ зависит от многих факторов: возраст операции, посещение общих дошкольных учреждений и общей школы, стратегия кодирования речевого процессора и особенно - активное участие и мотивация родителей. Существуют также дополнительные факторы: количество используемых электродов, психосоциальные проблемы, которые могут влиять на результаты некоторых имплантированных детей.

Лучшие результаты получены у детей младшей возрастной группы (прооперированных до 3 лет), позднооглохших взрослых а так же пациентов после двухсторонней КИ. У детей восприятие слов начинает заметно прогрессировать через 3-4 года после операции. У взрослых качество реабилитации зависит от длительности периода глухоты. Пациент, прооперированный через 5 месяцев после возникновения глухоты (ЧМТ) уже через 4-5 дней практически полно-

стью адаптировался в слышащую среду, а через 2 недели стал активно пользоваться мобильным телефоном.

У детей средняя оценка восприятия речи увеличивается с течением времени, достигая среднего восприятия речи в пределах от 78% до 95% через 4-5 лет после имплантации.

Наибольшие трудности были у пациентов после менингита. Мы выявили у них повышение сопротивления на 8 каналах до 15-20 kOhm. Вероятно это было связано с ростом соединительной ткани в просвете улитки.

За время внедрения программы КИ значительно сократился возраст выявления глухих детей и проведения операции. Так, если в первые четыре года средний возраст оперированных детей составлял 3,8 лет, в последующие годы – 2,9. Это связано с хорошим информированием детских отоларингологов и педиатров о возможностях объективного исследования слуха, раннему направлению к сурдологу, а так же использованию в 12 роддомах Днепропетровской области аудиологического скрининга новорожденных.

Несмотря на значительные достижения в лечении глухих пациентов, имеются некоторые сложности. На сегодняшний день нет охвата всех новорожденных скрининговым исследованием слуха. У имплантированных пациентов имеются проблемы, связанные с малым количеством центров реабилитации после КИ, что приводит к недостаточному количеству настроек и занятий с сурдопедагогами. Периодические выезды сурдопедагогов и настройщиков улучшают ситуацию, но не решают проблему.

Кроме того, постепенно увеличивается число поломок речевых процессоров, которые были установлены более 5 лет назад, что требуют государственной поддержки по замене вышедших из строя деталей.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, с которым приходится встречаться врачам разного профиля. Большая распространенность воспалительных заболеваний ЛОР органов и СД позволяют предположить вероятность сочетания этих патологий у пациентов, находящихся на лечении у отоларинголога и эндокринолога. По данным А.И. Мунинова (1976) патология ЛОР органов встречается у 59% больных СД. Это подтверждается и многочисленными публикациями последнего десятилетия (Т.А. Шидловская и соавт., 2005; Н.Э. Бойкова, 2006; А.В. Гуров и соавт., 2011). В связи с этим неудивительно, что нередко диагноз этого заболевания впервые устанавливается оториноларингологом.

Целью нашего исследования являлись изучение заболеваний ЛОР органов у больных СД и выработка рациональной тактики ведения данной группы больных в амбулаторных условиях. Основу изучаемого вопроса составили результаты наблюдений за 47 больными с заболеваниями ЛОР органов, сочетавшимися с СД. Все пациенты находились на амбулаторном лечении в ЛОР кабинете Медицинского центра «Клиника семейной медицины» в 2013-14 гг. Возраст больных колебался от 19 до 72 лет. Всем больным проведено общеклиническое обследование, включавшее тест толерантности к глюкозе (ТТГ), определение уровня гликемии и суточной глюкозурии. Абсолютное большинство составляли больные с СД II типа – 39 (83%), СД I типа был диагностирован у 8 (17%) пациентов.

При легком течении СД (уровень гликемии до 8 ммоль/л, суточной глюкозурии – до 20 г/л), отмечавшимся у 26 (55,3%) больных, поражение ЛОР органов ограничивалось лишь одним отделом, при средней тяжести (гликемия до 14 ммоль/л, суточная глюкозурия – до 40 г/л), наблюдавшейся у 18 (38,3%) пациентов – двух и при тяжелом течении СД (уровень гликемии превышал 14 ммоль/л, глюкозурии – свыше 40 г/л), выявленном у 3 (6,4%) больных – трех отделов. В общей сложности в группе больных СД нами зарегистрировано 71 заболевание ЛОР органов различных локализаций.

Лидирующее место в структуре ЛОР патологии у больных СД занимали заболевания наружного и среднего уха, выявленные нами у 42 (59,1%) пациентов. Жалобы больных по степени выраженности распределялись следующим обра-

зом: зуд, боль, заложенность, мокнутие кожи слухового прохода. При отоскопии у большинства больных определялось диффузное поражение стенок слухового прохода в виде гиперемии, инфильтрации кожи, наличия участков десквамации. У 9 (21,4%) пациентов отмечалась мацерация эпидермального слоя барабанной перепонки – мирингит, еще у 5 (11,9%) наблюдался фурункулез. Следует отметить, что течение наружных отитов коррелировало с тяжестью СД. При уровнях гликемии более 15 ммоль/л и значительных суточных колебаниях этого показателя заболевание протекало более упорно и плохо поддавалось консервативной терапии традиционными методами.

Еще одной особенностью течения дерматитов и наружных отитов при СД являлась избыточная секреция серых желез и частое образование серных пробок, что дает основание считать этот признак патогномоничным для СД. Бактериологическим исследованием в наружном слуховом проходе у 26 (61,9%) больных выделен один возбудитель при явном доминировании *Ps. aeruginosa*. У 9 (21,4%) пациентов выявлены микробно-грибковые ассоциации, еще у 7 (16,7%) – посев роста не дал.

Вторыми по частоте выявляемости у больных СД были заболевания глотки и гортани, диагностированные нами у 23 (32,4%) пациентов. Доминирующим симптомом у этих больных являлись атрофические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Степень их выраженности коррелировала с давностью и тяжестью СД при отсутствии различий, связанных с типом заболевания. У части больных этой группы преобладали симптомы голосовой дисфункции. При ларингоскопии с использованием оптики Hopkins бокового видения 90° d4 мм на фоне сухости и застойной отечности слизистой оболочки гортани выявлялась асимметрия сторон за счет разности тонуса голосовых складок, что могло быть следствием прогрессирующей диабетической нейропатии.

У 6 (8,5%) больных СД диагностирован хронический риносинусит. Главной его особенностью было длительное, вялое течение, вовлечение в воспалительный процесс нескольких околоносовых пазух. При атипичной рентгенологической картине у двух пациентов потребовалось проведение КТ-графии пазух носа. В баканализах 4-х больных преобладала грамотрицательная микрофлора (*Ps. aeruginosa*, *M. catarrhalis*), у 2-х – грибы рода *Aspergillus* и *Candida*.

Эффективное лечение заболеваний ЛОР органов у больных СД может быть только при условии компенсации углеводного обмена, что требует участия эндокринолога. Выбор препаратов для лечения воспалительных заболеваний ЛОР органов у пациентов с СД был усложнен такими факторами, как ослабление функции почек и, соответственно, снижение клиренса препаратов, а также возможностью их влияния на уровень гликемии. К назначению антибиотиков мы прибегали только в случаях обострения заболевания и тяжелого его течения, отдавая предпочтение препаратам с широким спектром действия, активным в отношении большинства грамотрицательных и грамположительных бактерий –

фторхинолонам. Препараты этой группы, в отличие от цефалоспоринов, оказывают меньшее влияние на функцию почек, что является важным для пациентов с диабетической нефропатией. У большинства больных лечение ограничивалось назначением топических препаратов.

В заключение следует отметить, что выявление у больных симптомов, изложенных в нашей работе, должно наталкивать оториноларинголога на мысль о возможном нарушении углеводного обмена, что требует проведения эндокринологического обследования. В случае подтверждения диагноза СД дальнейшее лечение должно проводиться при участии эндокринолога.

© В.С. Зайцев, Т.Н. Монастырская, 2015

Т.Ю. ЗАПОРОЖЕЦ, И.В. ЛОСКУТОВА (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

СОСТОЯНИЕ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Формирование экссудативного среднего отита (ЭСО), развивающегося после проникновения в барабанную полость патогенной флоры, зависит не только от микробного фактора, но и состояния местного иммунитета. Слюна обеспечивает состояние мукозального иммунитета, благодаря наличию антител основных классов (А, М, G), а также секреторной фракции иммуноглобулина А. Между микробной флорой, находящейся внутри организма, и факторами неспецифической резистентности организма существует постоянное равновесие. Однако при нарушении этого равновесия развивается воспалительная реакция.

Проведенные исследования показали, что у всех обследованных больных с ЭСО отмечался дисбаланс иммуноглобулинов в смешанной слюне, который зависел от формы заболевания. При остром воспалении в среднем ухе (секреторная и серозная формы) в слюне отмечено достоверное повышение содержания иммуноглобулинов класса G и A, на фоне сохранения содержания sIgA. Уровень IgG составлял $0,23 \pm 0,14$ г/л (при норме $0,06 \pm 0,01$ г/л; $P < 0,05$), а уровень IgA – $0,28 \pm 0,08$ г/л (при норме $0,04 \pm 0,009$ г/л; $P < 0,05$), уровень sIgA – $0,47 \pm 0,11$ г/л (при норме $0,53 \pm 0,03$ г/л; $P > 0,05$). У больных с подострым течением ЭСО (секреторная форма) в смешанной слюне концентрация антител класса A и G повышалась менее существенно по сравнению с острым течением болезни

($0,19 \pm 0,04$ г/л и $0,12 \pm 0,03$ г/л соответственно), однако достоверно не отличались. При хроническом течении воспалительного процесса в среднем ухе (дегенеративно-серозной форме) уровень IgG и IgA в смешанной слюне у большинства больных (69%) от нормы не отличался ($0,09 \pm 0,03$ г/л и $0,06 \pm 0,02$ г/л соответственно). В то время, у 12% отмечалось повышение концентрации иммуноглобулинов: IgG – $0,21 \pm 0,09$ г/л и IgA – $0,19 \pm 0,07$ г/л ($P < 0,05$). У 19% обследованных с хроническим течением ЭСО содержание антител класса G и A умеренно снижалось ($0,03 \pm 0,01$ г/л и $0,03 \pm 0,006$ г/л соответственно; $P > 0,05$). Содержание секреторной фракции IgA в слюне больных с подострым и хроническим течением заболевания снижалось, при этом наиболее низкое содержание антител отмечалось у больных с длительным патологическим процессом в среднем ухе. При серозной форме ЭСО уровень sIgA составлял $0,41 \pm 0,11$ г/л, а при хроническом – $0,31 \pm 0,11$ г/л ($P < 0,01$). У всех обследованных больных с ЭСО, независимо от характера течения патологического процесса в среднем ухе, в слюне выделялся IgM, который отсутствует у здоровых лиц. Однако максимальное его содержание отмечалось у больных с подострым течением заболевания. Так, при остром течении ЭСО его уровень составлял $0,29 \pm 0,12$ г/л, при подостром – $0,42 \pm 0,19$ г/л и хроническом – $0,23 \pm 0,11$ г/л. При этом достоверно эти данные между собой не отличались.

© Т.Ю. Запорожец, И.В. Лоскутова, 2015

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕЛОМОЗГОВОГО СЛУХОВОГО ИМПЛАНТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ГЛУХОТЫ (ИЗ ОПЫТА ФГБУ СПб НИИ ЛОР)

Стеломозговая имплантация в России впервые была проведена в конце 2014 года на базе Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова, при участии отохирургов из Санкт-Петербургского НИИ Уха, горла, носа, нейрохирургической клиники Марбургского университета Fulda (директор, проф. R. Berh, Германия). Первыми пациентами стали: два позднооглохших взрослых с нейрофиброматозом 2, ребенок с двухсторонней аплазией слуховых нервов, всем была установлена система стеломозговой слуховой имплантации фирмы MedEl. Основным отличием восстановления слуха при помощи стеломозговых имплантов от кохлеарной имплантации является электрод особого типа, который вживляется не в улитку, а непосредственно в ствол головного мозга.



Подключение процессоров данных пациентов было произведено в ЛОР НИИ в начале 2015 года. Цель настройки процессора – создать программу, которая будет только слуховой.

В реабилитации детей и взрослых после стеломозговой операции не определены четко разработанные общие подходы. Это связано с тем, что особенности слухового восприятия после такой имплантации зависят от индивидуаль-

ных особенностей каждого пациента, от слуховых возможностей, сопутствующих ощущений и заболеваний каждого пациента.

На данный момент в ФГБУ СПб НИИ ЛОР пациенты прошли первоначальный этап настройки и реабилитации.

Основные задачи – направления – реабилитации: работа с пациентом и его близкими и их ожиданиями от результатов реабилитации; контроль за слуховыми реакциями пациента; адаптация к звукам и возможным незвуковым ощущениям; помощь аудиологу в настройке процессора; коррекция других первичных нарушений и особенностей развития вторичного и третьего порядка; сопровождение близких пациента и специалистов. Средства реабилитации для развития слухового восприятия: детекция на звук (различение неречевых звуков с опорой на наглядность); различение речи – звуки с различным контуром в закрытом выборе; чтение с лица – как вспомогательное средство. Для развития речи: тактильная опора для вызывания речи; постановка звуков механическим способом; использование письменной речи; накопление предметно-бытового словаря и пр.

Для лучшей адаптации к звукам первоначальный курс пациенты со стеломозговой имплантацией проходили два раза. Результаты первоначальной реабилитации пациентов в ФГБУ НИИ ЛОР – большинство пользователей слухового стеломозгового импланта испытывают какие-либо неслуховые побочные эффекты (двое из трех). Они появляются после подключения речевого процессора и активации импланта. К ним относятся: покалывание или подёргивание в конечностях, вестибулярные нарушения, нистагм. Неслуховые эффекты были уменьшены или устранены путём регулирования программных параметров или выключением канала. Поэтому можно сказать, что постепенно неслуховые реакции у пациентов снижаются и совсем уходят.

ДОСВІД РОБОТИ КАБІНЕТУ КОРЕКЦІЇ СЛУХУ

Зниження слуху за даними світової літератури має до 5% населення Землі. Не завжди люди зі зниженням слуху вчасно звертаються за допомогою до лікувальних закладів, що зумовлено декількома основними причинами: втрата слуху до 40дБ не впливає суттєво на сприйняття розмовної мови, людина не зразу помічає проблему; відсутність обладнання для діагностики патології слуху в міських лікарнях; перехід до сімейної медицини та недостатність досвіду лікаря первинної ланки – все це є причиною пізньої діагностики втрати слуху.

Кабінет корекції слуху, що розташований в лікувально-діагностичному центрі «Альтамедика» міста Вінниці, проводить дослідження слуху шляхом аудіометрії, тимпанометрії, отоскринінгу, має можливість забезпечити своєчасне та якісне слухопротезування та проводити, при потребі, корекцію настройки слухових апаратів.

Протягом 3 років на базі кабінету було обстежено 2569 чоловік, кількість дитячого населення склала 47%, дорослого 53%.

Дітям приділяється більша увага з боку держави, існують профілактичні огляди організованого контингенту в дитячих навчальних закладах, існують програми безкоштовного слухопротезування та кохлеарної імплантації дитячого населення до 18 років, працюють навчальні заклади для дітей з вадами слуху.

Нами було проведено аналіз діагностики сурдологічної патології дорослого населення. Все доросле населення було поділено на 3 вікових групи: **1- віком від 18 до 45 років**, що склало 48%; **2 – від 46 до 75 років**, що відповідає 32%; **3 – старше 75 років**, відповідає 20%. Структура причин зниження слуху має наступний вигляд: 34% дорослого населення має зниження слуху з народження; у 18% причиною є хронічні отити, у 9% - черепно-мозкові травми, у 9% інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів, у 12% - серцево-судинні захворювання, у 6% - гострі отити, у 4% - отосклероз, у 3% - ендокринні захворювання, у 3% - гематологічні захворювання, у 2% - хронічні захворювання нирок 2%. Незалежно від причин, втрата

слуху супроводжується вушним шумом в **1** віковій групі в 20% хворих, в **2** віковій групі – в 27% випадках, в **3** віковій групі в 79% випадків. Вестибулопатія супроводжує зниження слуху в **1** віковій групі в 5% випадків, в **2** віковій групі в 17%, в **3** віковій групі в 55%.

32% хворих зверталися з патологією слуху, яка потребувала лікування:

- гостра сенсоневральна приглухуватість складала 2% у співвідношенні 5:3:2 у 1, 2, 3 вікових групах відповідно,

- гостра кондуктивна приглухуватість складала 15% у співвідношенні 25:13:1 у 1,2,3, вікових групах,

- приглухуватість змішаного генезу (отосклероз, хронічний отит, хронічний сальпінгоотит) складала 14%, у співвідношеннях 4:3:1 у 1,2,3 групах

Хронічна сенсоневральна приглухуватість складала, в середньому, 68 % у всіх вікових групах, в **першій** віковій групі – 88% хворих слухопротезовано, в **другій** віковій групі – 59% хворих використовують слухові апарати, в **третьій** – 89%. Слід відмітити, що в **другій** віковій групі 2% хворих відмовилися від слухових апаратів по психологічним причинам, з **третьої** вікової групи 3% пацієнтів не досягли в слухових апаратах 30% розбірливості мови, тому суттєво якість життя слухопротезування не покращило, 0,03% пацієнтів не змогли використовувати слуховий апарат з причини розвитку вестибулопатії при використанні слухового апарату.

З проведеного аналізу можна зробити певні висновки: 1) необхідно ретельніше проводити профілактичні огляди працюючого населення, враховуючи виробничі шкідливості (шум, вібрація); 2) в питанні використання слухових апаратів, присутній психологічний бар'єр, що потребує більш активної санітарно-освітньої роботи серед населення;

3) необхідно приділити увагу сімейних лікарів що до проблем втрати слуху у всіх вікових категоріях, враховуючи хронічну соматичну патологію.

СУБ'ЄКТИВНИЙ ВУШНИЙ ШУМ – КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ

Вушний шум (ВШ, tinnitus) – це патологічні слухові відчуття або звукові феномени, що виникають у вусі або в голові. На ВШ скаржаться за різними даними 15-40 % населення.

Метою наукової роботи було визначення етіологічних, патогенетичних та клінічних аспектів у хворих з основною скаргою на ВШ та вироблення раціональних підходів діагностики та лікування.

На базі аудіологічної лабораторії ЛОР-клініки протягом 2008-2014 рр. проводилось розширене обстеження пацієнтів, які звертались з приводу ВШ як основної або єдиної скарги тривалістю більш ніж 2 місяці (480 випадків).

Причина ВШ у 51,2% хворих була невідома. В інших випадках причинними факторами могли бути: вплив переохолодження (8,2%), механічна травма (7,4%), гіпертонічна хвороба (7,0%), виробничий шум та/або вібрація (7,0%), середній отит (5,3%), недостатність мозкового кровообігу та гіпотонія (4,9%), акустична травма (3,7%), різноманітні стреси (2,1%), вірусні інфекції (2,1%), побічна ототоксична дія медикаментів (0,8%), отосклероз (0,8%) тощо.

ВШ у половині випадків локалізувались пацієнтами в одному вусі (50,2%). Слід відзначити, що одnobічний ВШ значно частіше мав місце у лівому вусі (62,6%), ніж у правому (37,4%). В інших випадках ВШ відчувався хворими в обох вухах (35,6%), також частіше з переважанням шуму у лівому вусі (66,2%). Зрідка ВШ локалізувався в голові або без чіткої локалізації (14,2%).

ВШ характеризувався пацієнтом як дзвін (22,3%), шипіння (13,3%), писк (9,0%), гул проводів (7,6%), шум лісу (6,2%), свист (5,7%), шум радіо чи телевізора (5,7%), шум води (водоспаду) (4,3%), шум моря (3,3%), свист чайника (2,9%), шум вітру (2,9%), цвірінчання (2,9%), звук порохотяга (2,4%), холодильника (2,4%), пульсацію (1,9%). Інколи ВШ описувався як звук двигуна, струни, тріск тощо.

У 48,6% випадків, ВШ характеризувався як непостійний. ВШ відчувався лише в умовах повної тиші в 32,5% досліджених, шум заглушувався навколишнім галасом у 43,9%. У 23,6% шум був нестерпним і постійним.

ВШ як основний симптом супроводжувався: запамороченням (46,5%), відчуттям закладеності вух (35,4%), незначним зниженням слуху (23,3%).

Всім хворим, окрім огляду ЛОР-органів та отомікроскопії, проводилась тональна та ім-

педансна аудіометрія. При наявності ізоляованого сенсоневрального ураження слуху проводилась аудіометрія викликаних слухових потенціалів (реєстрація коротколатентних викликаних слухових потенціалів). Хворим з ВШ проводилась суб'єктивна тінітометрія – суб'єктивне вимірювання аудіологічних характеристик вушного шуму з допомогою пред'явлення шумових та тональних сигналів різної частоти та інтенсивності.

Тональна порогова аудіометрія виявила нормальний слух на обидва вуха у 17,3% хворих, вікове зниження слуху – у 8,6%. У 74,2% виявлено незначне зниження порогів слуху, переважно – сенсоневрального або змішаного генезу (50,3%). Характерно, що підвищення порогів було найбільш вираженим на частотах, що відповідали аудіологічним характеристикам ВШ, отриманим при тінітометрії.

Тимпанометрія у більшості осіб з хронічним вушним шумом здебільшого виявляла тип тимпаногам А (88,9%), рідко – тип С.

Дослідження коротколатентних викликаних слухових потенціалів виявило подовження латентних періодів хвиль III і V в межах фізіологічної норми та 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.

Тінітометрія визначила, що здебільшого (60,3%) ВШ був високочастотним (в межах 4-8 кГц), рідше – низькочастотним і дуже рідко – середньочастотним. Поріг ВШ ніколи не перевищував 40 дБ і переважно становив 25-30 дБ (59,2%).

Хворі консультовалися терапевтами та невропатологами, а також, при виявленні останніми патології – іншими спеціалістами.

Серед досліджених хворих з хронічним ВШ виявлено таку патологію вуха: сенсоневральна приглухуватість (23%), сенсоневральна приглухуватість і дисфункція слухової труби (тубоотит) (20,6%), дисфункція слухової труби (19,9%), пресбіакузис (8,6%), тубоотит (7,3%), хронічний секреторний отит (1,8%), отосклероз (1,5%). У 17,3% досліджених патології вуха не було виявлено.

Відповідно до отриманих результатів обстеження і діагнозу на першому етапі призначалось лікування: вазоактивні препарати, ноотропні ліки, препарати Гінгко Білоба, вітамінні

комплекси групи В, відновлювальна та стимуляційна терапія. З фізпроцедур застосовувалась дарсонвалізація привушних ділянок, ендоауральний електрофорез лідази.

При неефективності цих заходів при тривалих ВШ пацієнтам радили проводити лікування методиками TRT із застосуванням маскерів, шумової стимуляції тощо. Лікування було ефективним у більшості хворих з ВШ.

При неефективності і згаданих методів лікування застосовано метод немедикаментозної седатії шляхом частотного фототригерування біохвиль мозку приладом, що розроблений кафедрою електронних приладів Національного університету "Львівська політехніка". Ефективність цього методу була позитивною у 56,2% пацієнтів. Негативного впливу цього методу на стан пацієнта не виявлено.

У хворих, що лікувались за представленою схемою, шуми істотно зменшились або припинились.

© Ол.Ол. Кіцера, 2015

Висновки:

1. У більшості хворих з вушним шумом відзначено сенсовральне або комбіноване підвищення порогів слуху незначного ступеня, що було найбільш вираженим на частотах, що відповідали аудіологічним характеристикам, отриманим при тінітометрії.

2. Зміни коротколатентних слухових викликаних потенціалів були найбільш вираженими при тестуванні тональними сигналами, що відповідали частоті ВШ.

3. Комплексне етіопатогенетичне лікування було ефективним практично у всіх хворих з вушним шумом. Всебічне аудіологічне обстеження при ВШ доцільне з погляду вибору раціонального лікування.

4. Метод немедикаментозної седатії фототригеруванням виявився достатньо ефективним у більшості пацієнтів, що дозволяє вважати перспективним його подальше розроблення.

Є.І. КЛОЧКОВ, Ю.О. СУШКО, О.М. БОРИСЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПУХЛИНИ ДІЛЯНКИ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ З ЕКТРА- ТА ІНТРАКРАНІАЛЬНИМ ПОШИРЕННЯМ: МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Гістогенетичними джерелами пухлин, які видаляються з ділянки яремного отвору (ЯО) скроневої кістки (СК), виступають різні структурні утворення латеральної основи черепа. Неврилемоми (невриноми, шваноми) є похідними від клітин шванівської глії, менінгіоми – від клітин арахноїдального ендотелію, а джерелом походження парагангліом є головні клітини яремного параганглію. Можливість інтракраніального їх поширення в задню черепну ямку до рівня мостомозочкового кута (ММК) визначається унікальністю топографії зони ЯО, а також біологічними властивостями самих пухлин. Парадоксальною ознакою зазначених неоплазій є різний ступінь ризику продовженого росту кожної з них при однаковій гістологічній структурі в межах групи, тому детальне морфологічне дослідження варіантів їх будови при різних клінічних варіантах перебігу залишається дотепер актуальним.

За останні 5 років (2010-2014) було проведено гістопатологічне вивчення операційного матеріалу від 142 хворих з симптоматикою пухлини ЯОСК та барабанної порожнини. З них 59 виявились парагангліомами (ПГ), 56 були нев-

рилемомами (НЛ), в 8 випадках діагностувалась менінгіома (МО), в 4 – гістологічно верифіковано плоскоклітинний рак, в 6-и – аденокарцинома (АК), в 2 – хондросаркома піраміди СК, виявлено нейрофібром – 3, гангліоневрома – 1, еозинофільних гранульом – 3, серед яких одна з ураженням лімфатичних вузлів шиї.

При гістопатологічному дослідженні з 59 парагангліом 53 пухлин виявились морфологічно зрілими, з них 22 класифіковані як трабекулярні, 29 – альвеолярні, 2 – ангиомоподібна. В шести випадках було діагностовано злоякісну парагангліому. Зрілі парагангліоми склались з світлих епітеліоподібних головних клітин, що утворювали паренхіму пухлини, і багато васкуляризованої строми. Пухлинні клітини утворювали альвеолярні структури при альвеолярному варіанті будови. Трабекулярний варіант парагангліоми характеризувався наявністю анастомозуючих ланцюгів клітин пухлини, які утворювали трабекули довкола тонкостінних судин строми. Вони виглядали як клітинні комплекси, що були розділені щілиноподібними просвітами капілярів синусоїдного типу. В декількох випадках зустрічався змішаний трабекулярно-

альвеолярний варіант пухлини, що мав у своїй будові риси обох зазначених вище варіантів. Такі пухлини виявлялись тільки у матеріалі з барабанної порожнини. В їх будові значно переважали трабекулярні структури, тому вони були ключені до групи зрілих трабекулярних парагангліом. У всіх випадках зрілих парагангліом в структурі пухлини виявлялась чітка клітинно-судинна асоціація. Відсутність її демонструвала втрату пухлиною зрілості і свідчила на користь злоякісності парагангліоми. Можна було спо-

стерігати значне поширення злоякісних ПГ на оточуючі тканини, зокрема на яремну вену, сигмоподібний синус, інтракраніально в задню черепну ямку, проростання між волокнами лицевого нерва з втратою його функції. Значне поширення за межі первинного осередку було притаманне також пухлинам класів С і D, які класифікувались нами як зрілі альвеолярні ПГ. Аналіз результатів гістопатологічного дослідження у порівнянні з клінічними даними наведено в таблиці.

Варіанти парагангліом та порушення функції черепних нервів (ЧН)

Гістологічний варіант пухлини	Тип пухлини за U. Fisch, 1988		Порушення функції ЧН	
	Класи А, В	Класи С, D	Класи А, В	Класи С, D
1. ПГ зріла, трабекулярна	22 (37,3%)	-	4 (12,9%)	-
2. ПГ зріла, альвеолярна	3 (5,0%)	26 (44,1%)	-	21 (67,7%)
3. ПГ зріла, ангиомоподібна	2 (3,4%)	-	-	-
4. ПГ незріла, злоякісна	-	6 (10,2%)	-	6 (19,4%)
Всього	27 (45,8%)	32 (54,2%)	4 (12,9%)	27 (87,1%)
Істотність різниці, P	$_{1-2} < 0,01$ $_{1-4} < 0,01$		$_{1-2} < 0,01$ $_{1-4} < 0,01$	

Як свідчать наведені дані, здатність викликати порушення функції ЧН притаманна переважно пухлинам класів С і D з числа зрілих альвеолярних та злоякісних ПГ. Вона є наслідком поширення цих пухлин на інфралабіринтний простір та інтракраніально.

З гістологічно верифікованих 56 неврилемом 32 були акустичними невриномами, а 24 являли собою неслухові біля стоволові невриноми, що в 18 випадках походили з оболонок лицевого нерва, по 1 – з оболонок X і XII нервів та в 4 випадках локалізувались в яремному отворі. У 12 випадках неврилемом ММК, які були наслідком інтракраніального поширення пухлини з внутрішнього слухового ходу (BCX), була унікальна можливість окремо дослідити тканину пухлини BCX і ММК. При гістопатологічному дослідженні було діагностовано фасцикулярну неврилему з ділянками ретикулярної будови. Зареєстровано 4 випадки, коли неврилемома була ізольована у BCX без її інтракраніального поширення. Неврилемоми, видалені з BCX, мали фасцикулярну (пучкову) структуру, в якій більше або менше були представлені ділянки ретикулярної (сітчастої) будови. Неврилемоми, видалені з ММК мали фасцикулярну будову. Можна було спостерігати дещо “розріджений” малюнок клітинно-волоконистих комплексів пухлини. Видовжені клітини неврилемоми мали при цьому більший об’єм слабо еозинофільної цитоплазми, а ком-

плекси в цілому – менше клітинних ядер. Нерідко мали місце дистрофічні зміни в тканині пухлини, такі як гіаліноз судин строми, крововиливи та відкладення гемосидерину.

Ознаки морфологічної злоякісності – значний поліморфізм ядер, збільшення клітинності пухлини, підвищення мітотичної активності – було виявлено лише в одному випадку. Всі НЛ не мали капсули. При цьому у 30 випадках було відмічено поширення пухлини за межі первинного осередку в оточуючі тканини, серед них – 19 фасцикулярних, 10 змішаних і одна злоякісна. Різниця між здатністю НЛ фасцикулярної і змішаної будови поширюватись за межі первинного осередку була істотною, вона переважала у фасцикулярних. У випадках розташування НЛ безпосередньо в ділянці ЯО ріст пухлини не супроводжувався розвитком функціональних розладів у зоні іннервації ЧН.

Серед неврилемом зони ЯО скроневої кістки відмічено існування деяких змішаних гістологічних варіантів будови, наприклад включення незначної кількості гангліозних клітин в структуру пухлини фасцикулярного типу. Зважаючи на зрілість гангліоцитів, це певною мірою може свідчити про зрілість всієї пухлини, що збігається з доброякісним клінічним перебігом захворювання.

Менінгіоми мали менінготеліальну будову. Вони склались з полів світлих полігональних

клітин, що місцями формували альвеоли. Зустрічались мікроконцентричні структури, утворені завдяки закручуванню витягнутих пухлинних клітин довкола однієї або декількох регресивно змінених клітин, розміщених в центрі. Центральна частина могла гіалінізуватись з подальшим відкладанням вапняних солей і формуванням одиничних псамомних тілець. Проявами дистрофічних змін були гіаліноз судин і присутність поодиноких кальцинатів неправильної форми. Пухлина могла поширюватись інтракраніально (клас C1D і 2), що викликало парез ЧН IX-XII, проростати в стінку сигмоподібного синуса, яремної вени, барабанну порожнину та зовнішній слуховий хід. Стосовно МО слід зауважити, що при локалізації у ММК вони походять з оболонки, яка покриває верхівку піраміди СК з самого краю внутрішнього слухового отвору. В цьому разі пухлина, що є МО менінготеліальною за гістологічною структурою, своїм зовнішнім виглядом, забарвленням може бути подібною до НЛ, а відтак визначатись під час операції як акустична НЛ.

Аденокарциноми за ступенем зрілості були помірно диференційованими аденокарциномами (WHO grade II, G2). Походили з привушної слинної залози або церумінальних залоз. Поширювались периневрально. Могли пророс-

тати в стовбур лицевого нерва, супроводжуватись функціональними порушеннями VII черепного нерва на боці ураження пухлиною. В одному випадку аденокарцинома давала метастаз в яремний лімфатичний вузол.

Таким чином, проведене дослідження може свідчити на користь того, що видалені з зони яремного отвору скроневої кістки пухлини (парагангліоми, неврилемоми, менінгіоми) можуть бути представлені різними гістопатологічними варіантами. Здатність викликати порушення з боку черепних нервів в більшій мірі притаманна зрілим парагангліомам альвеолярної будови і злоякісним парагангліомам, які походять з яремного гломусу, ніж трабекулярним парагангліомам тимпанального походження. Строгої відповідності будови між НЛ, видаленими з ВСХ і ММК у кожного окремого хворого, виявлено не було. В них дещо варіювали за площею ділянки фасцикулярної і ретикулярної структури. Менінгіоми менінготеліальної будови за клінічними ознаками могли імітувати неврилему. Аденокарциноми мали джерелами походження церумінальні залози або привушну слинну залозу, поширювались периневрально, імітували пухлини зони яремного отвору скроневої кістки.

© Є.І. Клочков, Ю.О. Сушко, О.М. Борисенко, 2015

Д.Н. КОКОРКИН, А.Д. ГУСАКОВ, А.А. ГУСАКОВА (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ СЕКРЕТОРНЫМИ ОТИТАМИ

Секреторный отит (СО) по-прежнему остается одной из самых распространенных нозологий в детской и подростковой отиатрии. Распространенность СО в разных возрастных группах может достигать 128/1000. Наиболее часто секреторный отит сопровождается сезонные полинозы и вспышки острых респираторных заболеваний. Наиболее склонны к рецидиву СО дети младшей возрастной группы – до 2-3 случаев ежегодно. (Косаковский А.Л. и соавт., 2008) Последствия СО имеют наиболее высокий удельный вес (45 % -58 %) в структуре детской и подростковой тугоухости с ежегодным увеличением числа заболевших до 1,5 %. (Богомилский М.Р. и соавт. 2004).

Традиционно, рецидив СО связывают с состоянием лимфоглоточного кольца, и околоносовых пазух. В нашем исследовании, спонтанное выздоровление после аденотомии отме-

тили у 21,4 % детей. Выздоровление после аденотомии и шунтирования отметили в 44,5 % случаях. В течение ближайшего года рецидив СО выявлен у 26,4 % детей. Среди причин рецидива СО нами выделены: острый экссудативный синусит (65,5 %), «вазомоторный ринит» на фоне искривления перегородки носа (13,5 %) и т.н. «рецидивы аденоидных вегетаций» (11 %).

По результатам наших исследований, основными последствиями рецидивирующего СО является хронический секреторный отит (ХССО). Это заболевание развивается у 17 % детей с рецидивирующим секреторным отитом, при этом в 25 % случаев заболевание приобретает осложненное течение, а в 10 % - в виде хронического гнойного среднего отита. В лечении упорно рецидивирующего и осложненного ХССО целесообразно соблюдать последовательность лечения, т.к. у 68 % детей имеются

явные или скрытые признаки риносинусита, требующего предварительного хирургического лечения. По результатам КТ преобладали гиперпластические синуситы: деформация перегородки носа, кисты с коллоидным содержимым в просвете челюстных пазух, облитерация клеток решетчатого лабиринта содержимым мягкотканой плотности.

Наиболее тяжкие последствия упорно рецидивирующих СО связаны с развитием ретракционной холестеатомы. (РХ). Структура холестеатомы, внутри своей популяции, является неоднородной. У большинства детей холестеатома проявляет себя агрессивно, что проявляется обширной деструкцией среднего уха при минимальных клинических проявлениях отита. Проявления РХ позволяют клиницистам считать ее «условно доброкачественной», т.к. отмечены частые наблюдения торпидного течения заболевания. В генезе РХ прослеживается ринотубарный путь развития заболевания. Маршрут заболевания: секреторный отит-фиброз-ретракция-холестеатома сегодня признается большинством авторов. Патология носа, параназальных синусов и носоглотки приводит к хронической дисфункции слуховой трубы, росту отрицательного давления в барабанной полости, втяжению податливых участков барабанной перепонки, что приводит к атрофии мембраны, формированию ретракционных карманов и их последующему инфицированию. Формируется перфорация в куполе ретракции, с последующим врастанием эпидермиса, возникает рост грануляций с резорбцией кости.

Сказывается ли санация полости носа и пазух на клиническом течении РХ? Стараниями Jahnke K. в зарубежной литературе появилось словосочетание «nasal surgery preceding cholesteatoma», что буквально означает – носовая хирургия предупреждающая холестеатому. Нам удалось выделить основные формы назальной патологии у пациентов с РХ в разных возрастных группах. Сопутствующая патология носа и околоносовых пазух у наших пациентов отличалась неоднородностью. Для группы детей характерным было сочетание гиперплазии лимфоглоточного кольца с рецидивами острого гнойного синусита ($r = 0,485$; $p < 0,05$). У подро-

стков чаще обнаруживали вазомоторный ринит в сочетании с искривлением перегородки носа ($r=0,505$; $p < 0,05$) и реже – кистозные моносинуситы. У взрослых чаще диагностировали хронические гиперпластические синуситы на фоне искривления перегородки носа ($r=0,435$; $p < 0,05$). Хирургическое лечение назальной патологии совмещали с одновременной санацией уха – удалением полипов, грануляций, орошением барабанной полости стероидами и антисептиками. Состояние уха оценивали через 3 месяца после ринохирургического этапа. В целом, положительные результаты лечения (прекращение гноетечения, улучшение слуха, уменьшение или исчезновение шума) выявили у 52% больных: соответственно группам в 63%, 54% и 40 % случаев. Таким образом, развитие РХ так же зависит от целого ряда факторов, главный из которых сопутствующая патология носа и околоносовых пазух. У большинства детей и подростков, санация полости носа, пазух и носоглотки благоприятно сказывается на клиническом течении хронического среднего отита, при этом прекращение гноетечения можно ожидать в 64% случаев.

Наши предложения:

1. На наш взгляд, целесообразна тактика длительного наблюдения за детьми с упорно рецидивирующими и хроническими секреторными отитами у которых развиваются ретракционные карманы, фиброз барабанной полости и прогрессирующая кондуктивная тугоухость. Предметом наблюдения должно стать состояние барабанной полости и цепи косточек основанное на результатах отомикроскопии, динамической тимпанометрии и пороговой аудиометрии.

2. Всем детям с упорно рецидивирующими, хроническими секреторными отитами и его последствиями целесообразна КТ околоносовых пазух как метод скрининга сопутствующей назальной патологии.

3. В лечении упорно рецидивирующего секреторного отита и его последствий должна соблюдаться этапность, т.к. у 68 % детей имеются явные или скрытые признаки хронического риносинусита в сочетании с патологией лимфоглоточного кольца.

© Д.Н. Кокоркин, А.Д. Гусаков, А.А. Гусакова, 2015

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМИ ВУШНОЇ РАКОВИНИ

При лікуванні гемангіом використовують різні методи: кріодеструкція, хірургічні втручання, призначення гормональних препаратів або бетаблокаторів. Однак вони не завжди досягається позитивний ефект, а при хірургічному лікуванні нерідко має місце значна кровотеча.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування гемангіоми вушної раковини та зменшення кровотечі під час операції.

На вушну раковину, відступивши 3-5 мм від перехідної складки (між гемангіомою та місцем прикріплення вушної раковини), накладали кишковий еластичний затискувач. Ступінь зближення губок затискувача регулюється таким чином, щоб перекрити прохідність кровеносних судин і надмірно не травмувати хрящ і м'які тканини вушної раковини. Після цього проводили хірургічне видалення гемангіоми практично при «сухому» операційному полі за

допомогою біполярного скальпеля та распатора з використанням високочастотного електричного струму. При потребі використовували біполярний пінцет та біполярний скальпель. В якості джерела струму використовували високочастотний біполярний електрокоагулятор ЕК-300М1. При наявності рецидивів захворювання в ділянці пухлини внутрішньовенно вводили 0,5% розчин склеровейну (піна з повітрям 1:2).

Спосіб лікування гемангіоми вушної раковини успішно апробовано в ЛОР-відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ». Використання затискувача Більрота та біполярних інструментів під час видалення судинної пухлини вушної раковини дозволяє уникнути крововтрати під час хірургічного втручання. Застосування розчину склеровейну при комбінованому лікуванні судинних пухлин вушної раковини підвищує ефективність лікування.

© А.Л. Косаковський, І.А. Косаківська, О.Ю. Бредун, Ю.А. Молочек, 2015

*А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ, Ю.А. МОЛОЧЕК, О.Ю. БРЕДУН, І.А. КОСАКІВСЬКА, І.І. РУБАН,
О.В. КУРКОВА, О.Л. САЙКО, В.М. ЛЕВИЦЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

ОТОГЕННІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ УСКЛАДНЕННЯ У ДІТЕЙ

Вступ. В більшості літературних джерел серед органічних внутрішньочерепних отогенних ускладнень описані екстрадуральний та субдуральний абсцеси, тромбоз сигмоподібного синуса, менінгіт, абсцеси мозку та мозочка, арахноїдит. У дітей частіше зустрічаються екстрадуральні абсцеси середньої та задньої черепних ямок, тромбоз сигмоподібного синуса і менінгіт, рідко — абсцеси мозку і мозочка.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням в клініці перебувало 13 дітей з внутрішньочерепними отогенними ускладненнями у віці від 2 до 15 років. Хлопчиків було 8, дівчаток — 5. Гострий середній отит був діагностований у 3 дітей, хронічний епітимпано-антральний гнійний середній отит в стадії загострення, холестеатома — у 8, без холестеатоми — у 2. Всі пацієнти були прооперовані.

Результати та обговорення. У 2 пацієнтів мав місце перісинуозний абсцес, у 4 — перісинуозний абсцес та тромбоз сигмоподібного синуса, у 2 — тромбоз сигмоподібного синуса без перісину-

озного абсцеса, у 3 — перісинуозний абсцес, тромбоз сигмоподібного та поперечного синуса. У 2 пацієнтів ми спостерігали повну облітерацію сигмоподібного синуса без ознак запального процесу (наслідок раніше перенесеного синус-тромбозу). Крім того, у 2 дітей з тромбозом сигмоподібного та у 1 — з тромбозом сигмоподібного і поперечного синуса мав місце менінгіт, у 1 пацієнта з тромбозом сигмоподібного і поперечного синуса — абсцес мозочка. В 1 пацієнта перісинуозний абсцес та тромбоз сигмоподібного синуса ускладнились остеомієлітом вискової кістки. В 1 дитини з перісинуозним абсцесом та тромбозом сигмоподібного і поперечного синуса мав місце остеомієліт потиличної кістки.

При гострому середньому отиті виконували розширену антростаїдотомію, при хронічному епітимпано-антральному середньому отиті — розширену сануючу операція на середньому вусі, а в подальшому при збереженні функції внутрішнього вуха — відкриту тимпанопластику.

Всі пацієнти виписані з одужанням.

Висновки

1. Внутрішньочерепні отогенні ускладнення зустрічаються у дітей в будь-якому віці і потребують невідкладної хірургічної допомоги.

2. В більшості випадків у дітей мають місце множинні отогенні ускладнення.

3. В окремих випадках тромбоз сигмоподібного та поперечного синуса може ускладнитись остеомієлітом вискової та потиличної кістки.

© А.Л. Косаковський, Ю.А. Молочек, О.Ю. Бредун, І.А. Косаківська, І.І. Рубан, О.В. Куркова, О.Л. Сайко, В.М. Левицький, 2015

*С.В. КРАВЧЕНКО, А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, И.М. САВИЦКАЯ, Т.Б. РОМАНОВА
(КИЕВ, УКРАИНА)*

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОГО БИОИМПЛАНТАТА ТУТОПЛАСТ® В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЕГО В КОСТНЫЕ БУЛЛЫ МОРСКИХ СВИНОК

Общепризнано, что идеальным пластическим материалом с биологических позиций является аутогенная губчатая кость, которая из-за отсутствия иммуногенности обладает непосредственно остеогенными и остеоиндуктивными свойствами и имеет идеальную структуру для остеокондукции. Именно на аутогенную губчатую кость, как на эталон анатомо-функциональных свойств, ориентируются производители искусственных костезамещающих материалов.

Новым направлением в развитии биоимплантологии стала заготовка и переработка имплантатов, не уступающих по своим биомеханическим и биосовместимым свойствам нативным тканям. Одним из таких материалов является биоимплантат Тутопласт®

Биоимплантаты «Тутопласт», изготовленные из губчатой ткани, представляют собой органический костный матрикс, который содержит неповрежденный костный коллаген и гидроксиапатит, имеют большую систему природно-соединенных между собой пор, что обеспечивает образование и прорастания новой кости в зоне имплантации. Данные биоимплантаты лишены преколлагеновых протеинов, всех клеточных элементов, липидов и липопротеидов, имеют гарантированный уровень стерильности SAL 10⁻⁶. Данный материал не уступает по своим биомеханическим и биосовместимым свойствам нативным тканям.

Производство биоимплантатов отвечает всем требованиям Американской и Европейской Ассоциаций тканевых банков, FDA (Food and Drug Administration, США), GMP (Good Manufacturing Practice), ВОЗ

Нами было проведено экспериментальные исследования на 30 здоровых морских свинках на базе экспериментального отдела ГУ «Института отоларингологии им. проф. А.С. Коломийченко

НАМН Украины». Исследуемый костный биоимплантат Тутопласт вводился в левую буллу морской свинки, правая булла служила в качестве контролем. Животные выводились из эксперимента в сроки 14 суток, 1,3,6, 12 месяцев.

Проведенные исследования показали, что в ранние сроки (14 суток) после операции при взаимодействии биоимплантата Тутопласт и костного ложа в периферических отделах барабанной буллы формировалась обильно васкуляризованная рыхлая соединительная ткань, которая окружала фрагменты имплантата. От внутренней поверхности костной стенки буллы начинали формироваться костные балочки примитивного строения. В сроки 3-6 месяцев (90-180 суток) отмечалось значительное утолщение костной стенки буллы за счет формирования новообразованной костной ткани, которая плотно срасталась со стенкой буллы. Наблюдалось «ползучее замещение»: неживая костная крошка имплантата рассасывалась и постепенно замещалась новообразованной костной тканью. Процессы перестройки начинались с периферии в местах наибольшего соприкосновения биоимплантата с внутренней поверхностью костной стенки буллы. В дальнейшем эти процессы распространялись вглубь буллы. При этом их опережало вращение нежной васкуляризованной соединительной ткани. В результате этих процессов в сроки от 9 до 12 месяцев полость буллы полностью заполнялась губчатой костью, которая постепенно преобразовывалась в компактную костную ткань.

При гистологическом исследовании препаратов внутреннего уха морских свинок, со стороны клеток сосудистой полоски, нейросенсорных клеток не было обнаружено каких-либо изменений, свидетельствовавших о ототоксическом воздействии исследуемых костных пластических

материалов в ранние сроки наблюдения (14 суток). Исследования проведенные в сроки от 30 до 360 суток (1-12 мес.) подтвердили отсутствие реакции со стороны структур внутреннего уха к костному биоимплантату Тутопласт®. Структурная организация клеток спирального органа, сосудистой полоски, нервных клеток спирального ганглия напоминала таковую в норме.

Таким образом, на основании полученных нами результатов экспериментальных исследо-

ваний можно сделать вывод, что костный биоимплантат Тутопласт® стимулирует остеогенез с постепенным формированием костной ткани. При его использовании не отмечается реакции со стороны структур внутреннего уха. Костный биоимплантат Тутопласт® может быть использован в отоларингологии как пластический материал для ликвидации послеоперационной трепанационной полости в сосцевидном отростке височной кости.

© С.В. Кравченко, А.Ю. Запорощенко, И.М. Савицкая, Т.Б. Романова, 2015

С.В. КРАВЧЕНКО, А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

МАСТОИДОПЛАСТИКА АУТОКОСТЬЮ И КОСТНЫМ БИОИМПЛАНТАТОМ ТУТОПЛАСТ® У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭПИТИМПАНОАНТРАЛЬНЫМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

По данным литературы, saniрующие операции с сохранением или реконструкцией задней стенки наружного слухового прохода и облитерацией мастоидальной полости, являются эффективными и позволяют достичь стойкого saniрующего результата в 89-100% случаев у оперированных больных по поводу хронического гнойного среднего отита. Данные операция является наилучшим методом реабилитации больных с «болезнью трепанационной полости». Поэтому особое значение приобретает мастоидопластика.

Согласно общепринятому мнению лучшим пластическим материалом в отохирургии является аутоотрансплантаты. Однако, как известно, количество аутокости взятой во время операции антромастотомии не всегда достаточно для закрытия мастоидальной полости. Эти обстоятельства позволяют дополнительно применять различные костные пластические материалы.

Одним из новых материалов, используемых для мастоидопластики, является костный биоимплантат Тутопласт®. Данный материал не уступает по своим биомеханическим и биосовместимым свойствам нативным тканям. Разработанная учеными Нюрнбергского университета новая технология получила название «Тутопласт»-процесс. Биоимплантаты Тутопласт® просты в применении, не вызывают воспалительных реакций в окружающих тканях, инертны. Проведенные нами экспериментальные исследования по подсадке губчатого костного биоимплантата Тутопласт® в костные буллы морских свинок, показали высокую остеокондуктивную способность этого материала.

Нами был проведен анализ лечения 37 пациентов с эпителимпаноантральным хроническим гнойным средним отитом. Из них 6 пациентов ранее перенесли saniрующую операцию с сохранением задней стенки наружного слухового прохода (НСП) без мастоидопластики, 3 больных после общеполостной операции. Всем этим пациентам в качестве пластического материала для облитерации мастоидальной полости использовался костный биоимплантат Тутопласт®.

Во время первичной отоскопии у 10 (27 %) больных перфорация барабанной перепонки наблюдалась в области эпителимпанума. У 8 (21,6%) был обнаружен субтотальный дефект, у 19 (51,3 %) пациентов – центральная перфорация. На КТ височных костей у больных пневматический тип сосцевидного отростка был выявлен у 27 (96,4 %) пациентов, у 1 (3,6 %) – склеротический тип.

Проведенный анализ результатов аудиометрического исследования слуха на дооперационном этапе (по критериям оценки слуха при различных формах тугоухости В.Г. Базарова, А.И. Розкладки) показал, что практически нормальный слух определялся у 1 (2,7%) пациента с латентной формой мастоидита; I степень (16-45 дБ) тугоухости была выявлена у 10 пациентов (27%); II степень (46-55 дБ) – у 8 (21,6%); III степень (56-75 дБ) – у 15 (40,5%); IV степень (76-90 дБ) – у 3 (8,1%).

Для выбора saniрующей операции с сохранением или реконструкцией задней стенки наружного слухового прохода и с мастоидопластикой, нами учитывались клинко-анатомические особенности сосцевидного отростка и барабанной полости. В качестве пластического материала для мастоидопластики нами

использовались комбинации аутокости и костного биоимплантата Тутопласт® (патент на корисну модель «Спосіб мастоїдопластики у хворих на хронічний гнійний середній отит» МПК А61В 17/00 №87518 від 10. 02. 2014 року).

При пневматическом строении сосцевидного отростка нами выполнялась операция раздельная аттикоантромастоидотомия с комбинированной мастоидопластикой. При выполнении этой операции использовался трансмастоидальный доступ. При склеротическом строении сосцевидного отростка производилась эндомеатальная остеопластическая аттикоантротомия. Общеполостная операция с реконструкцией задней костной стенки НСП и мастоидопластикой выполнялась нами у больных с пневматическим или смешанным типом строения сосцевидного отростка при соответствующем анатомическом строении аттика, а именно: при узком аттике, когда в силу анатомических условий обеспечить санацию эпитимпанального пространства было технически невозможно.

Решение о проведении санирующей операции с первичной или отсроченной мастоидопластикой зависело от выраженности воспалительного процесса в антромастоидальной полости, наличия или отсутствия антибиотикограммы, вирулентности и вида выселянной микрофлоры. В случаях, когда выраженный воспалительный процесс не удавалось ликвидировать в послеоперационном периоде в течении 7-10 дней, отсроченная мастоидопластика не производилась. У этих больных удалялась задняя костная стенка наружного слухового прохода и трепанационная полость оставалась открытой.

Противопоказаниями для мастоидопластики являлось также наличие или подозрение на внутричерепные осложнения, распространенность холестеатомного процесса и неуверенность в полной санации среднего уха. В этих случаях производилась общеполостная операция.

Всего нами было проведено: операция раздельная аттикоантромастоидотомия с первичной или отсроченной мастоидопластикой у 23 (61,2) пациентов. Операция эндомеатальная остеопластическая аттикоантротомия с первичной мастоидопластикой – у 1 (2,7%) пациента. Двум пациентам (5,4%) произведена общеполостная операция с одномоментным восстановлением задней стенки НСП и первичной мастоидопластикой, 2-м (5,4%) отсроченное восстановление задней стенки НСП и отсроченная мастоидопластика. У 6 (16,2%) пациентов, которые в прошлом перенесли санирующую операцию с сохранением задней стенки НСП без мастоидо-

пластики, была выполнена санирующая реоперация с вторичной мастоидопластикой, у 3 (8,1%) пациентов, после перенесенной ранее общеполостной операции, была произведена реконструкция задней стенки НСП и вторичная мастоидопластика.

У всех больных заушная рана зажила первичным натяжением, эпизодов рецидива воспаления среднего уха не отмечалось. У 7 пациентов, которым была произведена реконструкция задней стенки наружного слухового прохода, наружный слуховой проход был обычных размеров в разные сроки наблюдения. У 8 пациентов с хроническим гнойным средним отитом с центральной перфорацией во время контрольной отомикроскопии через 6 месяцев отмечалось спонтанное закрытие перфорации барабанной перепонки.

Проведенный нами сравнительный анализ тональных аудиограмм в динамике, у пациентов до и после хирургического лечения, в отдаленном послеоперационном периоде, показал что снижение порогов восприятия по костнопроведенным звукам на речевых и высоких частотах регистрировалось у 70% пациентов в среднем до 10-15 дБ ($p < 0,05$). Что касается воздушно-проведенных звуков, то у больных с центральной перфорацией при сохранности слуховых косточек в отдаленном послеоперационном периоде отмечалось спонтанное закрытие перфорации барабанной перепонки и снижение порогов восприятия воздушно-проведенных звуков на речевых и высоких частотах в среднем до 15 дБ ($p < 0,05$).

Результаты компьютерной томографии в отдаленном послеоперационном периоде показали, что при облитерации мастоидальной полости биоимплантатом Тутопласт®, в сроки от 9 до 12 месяцев после оперативного вмешательства отмечалось заращение мастоидальной полости костной тканью с формированием сосцевидного отростка по склеротическому типу. Оптическая плотность костной ткани была в пределах от 640 до 940 единиц Хаунсфилда (НУ). По всей толщине сосцевидного отростка структура костной ткани была однородной, что подтверждает высокие биологические свойства (способность рассасываться и замещаться) данного пластического материала.

Таким образом, санирующие операции с комбинированной мастоидопластикой аутокостью и костным биоимплантатом Тутопласт®, приводят к заживлению трепанационной полости сосцевидного отростка костной тканью и позволяют достичь стойкого санирующего эффекта в 98% случаев. Данные операции могут с успехом применяться в отоларингологии.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ РЕТРОТИМПАНАЛЬНОГО ПРОСТОРУ СЕРЕДНЬОГО ВУХА

Патологія середнього вуха займає одне з перших місць серед хвороб ЛОР-органів. Кількість хворих на хронічний гнійний отит, секреторний, ателектатичний та адгезивний отити за статистичними даними продовжує зростати, як в Україні, так і в цілому світі (Лайко А.А. і співав., 2009; Ars B., 2012). Проблемою отіатрії в умовах сьогодення є своєчасна діагностика, лікування та профілактика гострих та хронічних середніх отитів, а також їх ускладнень, що часто-густо загрожують життю хворого.

У виникненні патологічних станів у середньому вусі відіграє значення: бактерійна та грибкова інфекція, порушення функціонального стану слухової труби, стану слизової оболонки порожнини середнього вуха, її захисних властивостей, а також об'єм ретротимпанального простору середнього вуха.

Ю.О. Сушко, О.М. Борисенко, О.Д. Гусаків звертають увагу на актуальність вивчення пневматизації середнього вуха для оцінки перспектив хірургічного лікування хронічного середнього отиту, що, зокрема, дозволяє здійснити вибір різновиду функціонально-реконструктивних операцій у хворих на різні форми хронічного отиту. Площа пневматичної системи виступає одним з важливих факторів при кохлеарній імплантації.

Встановлено, що величина пневматизації та стан слизової соскоподібного відростка відіграють значну роль в регуляції внутрішньо барабанного тиску, а при її зменшенні створюються умови для хронізації процесу в середньому вусі та розвитку секреторного або ателектатичного процесу в середньому вусі.

Завдяки технічному розвитку та широкому впровадженні в практику оториноларинголо-

га КТ ЛОР-органів стало можливим і визначення об'єму ретротимпанального простору при цілісній барабанній перетинці. Попередні методи визначали тільки площу пневматизації на рентгенограмах за допомогою міліметрового паперу або полярного планіметра, що широко застосовувалось і на кафедрі оториноларингології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Хоча дані визначення площі та об'єму у певній мірі корелюють між собою, можуть зустрічатися і суттєві розбіжності завдяки індивідуальній особливості будови пневматичної системи скроневої кістки. Крім більшої інформативності по об'єму ретротимпанального простору, КТ дає змогу візуалізувати саму слухову трубу, що є неможливим на звичайній рентгенографії.

Програмне забезпечення сучасних томографів, зокрема 128-зрізового комп'ютерного томографом Toshiba Aquilon CX (Японія) дозволяє обраховувати об'єм різних порожнин шляхом обведення курсором на томографічних зрізах. Більша кількість зрізів із мінімальним кроком дозволяє найбільш точно визначити ретротимпанальний об'єм. Великим вважався об'єм ретротимпанального простору більше 6 см^3 , а за надто малим для компенсаторних механізмів вважався об'єм менший за 2 см^3 . Середній об'єм $2\text{-}6 \text{ см}^3$.

Вивчаючи об'єм ретротимпанального простору слід зазначити, що наявність дисфункції слухової труби з раннього дитячого віку впливає на порушення пневматизації темпоральної кістки, та на наступний перебіг процесів у середньому вусі. Малий об'єм простору є прогностично не сприятливим фактором перебігу середніх отитів.

© М.Б. Крук, М.М. Крук, 2015

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕХАНІЧНОГО ВІБРАЦІЙНОГО МАСАЖУ НОСОГЛОТКИ І СЛУХОВОЇ ТРУБИ ПРИ ЇЇ ДИСФУНКЦІЇ

Функціональний стан слухової труби (ФССТ), а саме її перетинчасто-хрящева частина, тісно взаємопов'язаний із станом ВДШ, яка фактично є її продовженням. Bluestone C.D. et al. (1999, 2005) встановили, що слухова труба

(СТ), як частина ВДШ є «шоковим» органом і так само реагує на алергени, як і носова порожнина. Тільки з більшою інтенсивністю та ускладненнями на середнє вухо, враховуючи анатомічні особливості: вузький просвіт, наявність двох

клапанів, які створюють «помпоподібний рух», надмірна реакція секреторних клітин, зміна стану покривної мембрани «гель-золь» і блок МЦТ, зниження активності тубарних м'язів. При обтурації носового дихання виникає «феномен Тойнбі» з наступним зниженням ВБТ і парціального газового тиску в тимпанальній порожнині. Автори виділяють наступні причини порушення ФССТ: 1. *анатомічна обструкція СТ (механічна)*: а) внутрішнього просвіту труби – найчастіше запального характеру, б) в тканинах стінок труби, в) перитубарна (гіпертрофована лімфоїдна тканина, пухлини); 2. *порушення відкриття глоткового вічка труби* – «функціональна обструкція» - в результаті слабого скорочення тубарних м'язів (порушена іннервація м'язів труби, у дітей з розщелиною м'якого піднебіння, надмірна щільність хряща труби, вроджена патологія волокон м'язів труби і глотки, набряк в ділянці глоткового вічка труби); 3. *втрата захисної функції СТ*: коротка труба, зіяюча труба, порушення складу тубарного секрету та МЦТ (відсутність сурфактантів, лізоциму, імуноглобулінів в результаті запалення, алергії). В комплексному лікуванні тубарної дисфункції пальцевий масаж носоглотки, вічка СТ, розенмюллерових ямок застосовувався з початку ХХ ст. (Urbantschitsch E., 1903, 1905; Mayo E., Martin H., 1951; Neagu M., Constatinescu F, 1961; Belforte J., 1966; Сенюков М.В., Милехин А.А., 1966; Крук М.Б., 1971; Сушко Ю.А. і співавт., 1986). Для такої процедури виготовлялися спеціальні 3-пальцеві гумові рукавички. Окрім очищення від слизу і рештків аденоїдної тканини в ділянці розенмюллерових ямок (після аденотомії), такий метод лікування покращує кровообіг і лімфообіг, рефлекторно діє на барорецептори, на гілочки вегетативної нервової системи і тим самими регулюючи секреторну, реологічну функцію мукоциліарної системи слухової труби, а також покращує скорочення тубарних м'язів. Таким чином покращується еквіпресорно-вентиляційна і дренажна функція слухової труби.

Мета роботи. Оцінити терапевтичну ефективність розробленого нами механічного вібраційного масажу (МВМ) глоткового вічка слухової труби і носоглотки з 1971р. з допомогою приладу ВГ (завод РЕМА) з відповідними титановими масажними наконечниками (М.Б. Крук, 1973, 1974) при тубарній дисфункції (ТД).

© М.Б. Крук, М.М. Крук, 2015

Методика та матеріал. Еквіпресорно-вентиляційну функцію (ЕВФ) визначали за допомогою імпедансної тимпанометрії в динаміці (в спокої, ковтання, тест Тойнбі, ковтання, тест Вальсальва, ковтання), оптичною вушною відеосальпінгоскопією в динаміці (ОВВСД) за D. Poe (2000, 2003, 2011) - «Measurements of Eustachian tube dilatation by video-endoscopy».

МВМ проводиться в стадії ремісії під місцевим знечуленням або рефлексаналгезією масажний наконечник вводиться перорально в ділянку носоглотки та слухових труб, коловими рухами масажного наконечника відбувається масажна вібрація усіх ділянок носоглотки з частотою 100гц, яка триває по 30 40 сек з повторенням 10-12 масажних рухів, сеанс триває 5-8 хв.

За останні 5 років такий масаж поряд з комплексним лікуванням проведено у 164 хворих з хронічним риносинуситом (ХРС) ускладненим тубарною дисфункцією, 86 хворих на хронічний персистуючий алергічний риніт (ПАР) з ТД в стадії ремісії.

Результати.

Тубарна дисфункція встановлена в різній важкості при ХРС (І ст. – 77%, ІІ ст. – 14%, ІІІ ст. – 9% обстежених), причиною: запальний процес із зниженою активністю скорочення тубарних м'язів і порушенням відкриття нижнього клапану (81%), рубцевими змінами і лімфоїдною тканиною в розенмюллеровій ямці (9%). При ПАР також ТД встановлена в різній важкості: І ст. – 12,8%, ІІ ст. – 57,32%, ІІІ ст. – 6,71%. ІV ст. – 23,17%; причини: запальний процес з алергічним набряком в ділянці глоткового вічка труби та зниженням відкриття її стінок в усіх випадках і у в поєднанні з рубцевими змінами після аденотомії (виконаної в ранньому дитинстві) – 8,54% % випадків.

МВМ переноситься добре, суб'єктивно згідно опитувальника SNOT-22 відмічали покращення на 5-6 балів. При ХРС наступило покращення відкриття СТ, особливо з І і ІІ ст. ТД, при ПАР – відмічено зменшення запальної реакції та покращення скорочення тубарних м'язів при ковтанні, що покращило еквіпресорно-вентиляційну функцію СТ.

Висновок. Механічний вібраційний масаж носоглотки і слухової труби доцільно застосовувати в комплексному лікуванні тубарної дисфункції.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УШНЫМ ШУМОМ

Пациенты с ушным шумом (тиннитус) составляют 20% от всех больных тугоухостью разных форм. При хронической сенсоневральной тугоухости частота выявления шума в ушах составляет 90%. Лечение ушного шума остается серьезной проблемой как для сурдологов, так и для врачей смежных специальностей и требует комплексного подхода.

Один из современных методов лечения ушного шума – применение слухового аппарата (СА) с функцией подавления тиннитуса. Принцип действия его основан на подборе шума аналогичного по частоте и громкости у больного с последующим его подавлением. Такие СА могут быть использованы как у пациентов с пониженным слухом, так и у лиц с нормальным слухом.

Под нашим наблюдением находилось 30 чел. с ушным шумом разной степени (для ее определения использовался тест-опросник). Из них 12 чел. (40%) – мужчины и 18 чел. (60%) женщины. Все пациенты были в возрасте от 35 до 67 лет. У 19 чел. (63%) шум был двусторонним. Длительность заболевания составила от 4 мес. до 15 лет. Пациентам проводилось аудиометрическое исследование в полном объеме, шумометрия, тимпанометрия, консультация невропатолога, психиатра.

Все пациенты до лечения были поделены на 2 группы: 1-я гр. – 13 чел. (43,3%) – с ушным шумом и нормальным слухом, 2-я гр. – с ушным шумом и хронической сенсоневральной тугоухостью – 17 чел. (56,7%).

Пациенты 1 гр. для лечения ушного шума пользовались только аппаратом, генерирующим шум. Громкость и частота подбиралась индивидуально для каждого пациента при помощи специальной компьютерной программы согласно алгоритму действий. Во 2 гр. слуховой аппарат еще и усиливал звуки на необходимых частотах.

Пациентам этой группы также проводились сеансы гипербарической оксигенации (ГБО) на режиме 1,7 АТА с экспозицией 45 мин. в количестве 10 сеансов.

Результаты самооценки ушного шума до лечения в 1-й гр.: легкая степень (1) – 3 чел. (23%), средняя степень (2) – 6 чел. (46%), тяжелая степень (3) – 4 чел. (31%). Во 2-й гр.: легкая степень (1) – 2 чел. (12%), средняя степень (2) – 10 чел. (59%), тяжелая степень (3) – 5 чел. (29%).

Оценка результатов через 6 месяцев после лечения у пациентов обеих групп показала следующее. В 1-й гр. пациенты с 1 ст. тиннитуса – 5 чел. (39%), 2 ст. – 6 чел. (46%), 3 ст. – 2 чел. (15%). Во 2-й гр. 1 ст. – 9 чел. (53%), 2 ст. – 6 чел. (35%), 3 ст. – 2 чел. (12%).

Т.е. наилучший результат получен во 2-й гр. у пациентов со средней степенью ушного шума. Из 10 чел. 3 чел. (30%) отметили полное исчезновение шума, у 4 (40%) чел. уменьшилась интенсивность шума до 1 ст., 3 (30%) чел. без улучшения, 2 чел. (100%) с 1 ст. посчитали себя полностью здоровыми. Из 5 пациентов с 3 ст. у 3 чел. (60%) уменьшилась интенсивность шума до 2 ст. У 2 чел. (40%) шум остался без динамики.

В 1-й группе результаты лечения значительно хуже. Так, из группы пациентов с 1 ст. лишь 1 чел. (33%) отметил полное исчезновение шума, 2 чел. (67%) без улучшения. В группе со 2 ст. 2 чел. (33%) отметили снижение интенсивности шума до 1 ст. Остальные 4 чел. (67%) без улучшения. Из 4 чел. с 3 ст. 2 чел. (50%) отметили улучшение и снижение шума до средней степени. У 2 чел. (50%) без изменения.

Т.о. по нашим данным 2 группа пациентов, которым проводилось комплексное лечение показала лучшие результаты по сравнению с 1 группой, пользующихся только СА с функцией подавления тиннитуса.

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОХЛЕАРНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ЗА ДАНИМИ
СЛУХО-МОВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ
ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ТА ГЛУХОТОЮ ЗА ДОПОМОГОЮ СУРДОПЕДАГОГІЧНОГО
ТЕСТУВАННЯ ДО ТА ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ**

На сьогоднішній день високі технології кохлеарного протезування дають реальну можливість глухим дітям, відновити слухове сприйняття та отримати розвиток слухо-мовної комунікації для повноцінного життя дитини. В останні роки в Україні стало можливим відновлення втраченої слухо-мовної функції завдяки кохлеарному протезуванню слуху.

Мета роботи полягала в поліпшенні якості реабілітаційної допомоги дітям з тяжкими вадами слуху.

Основним завданням було визначення показників слухо-мовної комунікації у дітей з тяжкою сенсоневразальною приглухуватістю та глухотою до та після кохлеарної імплантації.

Методичний підхід для дослідження слухо-мовної комунікації визначався в залежності від віку дитини, часу втрати слуху, досвіду користування слуховим апаратом, умінням наслідувати звуки, склади, прості словосполучення тощо. Сурдопедагогічне тестування передбачало суб'єктивне визначення стану слуху нечуючої дитини, розвитку усної мови, дослідження вимови, сприйняття „живих” мовних сигналів на слух, а також розбірливості мови при зоровому, слухозоровому та слуховому сприйнятті звуків. Післяопераційне обстеження дітей з кохлеарними імплантами включало дослідження на слухозоровій, слуховій основі сприйняття оточуючих та побутових звуків, голосних, приголосних складів, простих словосполучень, речень. Дослідження слухового сприйняття визначало, як дитина реагує на наявність звуку на слух, вміє розрізняти один та декілька звуків (довгий, короткий), розпізнає мовні та немовні звуки в різних мовних ситуаціях, відповідає на своє ім'я, концентрує увагу на оточенні звуків, уміє шукати джерело звуку і розпізнає звуки мови, слова. Оцінка ефективності кохлеарного протезування визначалась критеріями, як висока, середня та низька.

За даною методикою було обстежено 50 дітей з тяжкими порушеннями слуху та глухотою, з них 19 дівчаток та 31 хлопчик, віком від 1 до 16 років. За результатами сурдопедагогічної оцінки показників слухо-мовної комунікації в доопераційному періоді кохлеарного протезування було встановлено, що у всіх пацієнтів з тяжкою сенсоневразальною приглухуватістю і глухотою була відсутня слухова реакція на ритмічне повторення складів, розбірливість звуків;

голосних, приголосних. У них відмічалася зорова артикуляція окремих голосних та складів: ма – ма, ба-ба, бам-бам, ку-ку, у-у-у, та-та-та, а-а-а, що дозволило розцінити їх як можливих кандидатів для кохлеарного протезування слуху.

Для оцінки ефективності слухо-мовної комунікації після кохлеарної імплантації всі діти також були розподілені на 2 групи: з долінгвальною та після лінгвальною втратою слуху. До першої групи віднесені 35 дітей, які втратили слух до розвитку мови (до 1,6 років). До другої групи увійшли 15 дітей з після лінгвальною втратою слуху, після оволодіння мовою (1,7 років).

Аналіз сурдопедагогічного тестування показав особливості слухо-мовної комунікації в цих двох групах. У 15 дітей, які втратили слух після оволодіння мовленням вже через 1-2 місяці після підключення мовленевого процесора спостерігалось розрізнення побутових звуків та їх оточення, сприйняття голосних та приголосних звуків, складів мови на слухо-зоровій основі.

Навички читання з губ та досвід користування слуховим апаратом, полегшували розрізнення мови при користуванні мовним процесором. Сприйняття усної мови в тихій кімнаті визначалось на відстані більше 5,0 метрів. В шумному оточенні ця відстань скорочувалась і становила від 1,0 до 2,0 метрів. Не змогли вести бесіду з незнайомими людьми 8 дітей, з родичами – 2, не користуються телефоном 5 дітей.

За оцінкою показників слухо-мовної комунікації було встановлено, що у 7 з 15 дітей була визначена висока слухо-мовна комунікація. Сприйняття чисел, слів, простих речень знаходилась на відстані 4,0-5,0 метрів від дитини. У 5 дітей відмічені середні показники слухо-мовної комунікації, сприйняття розмовної мови визначалось на відстані 5,0 метрів, а шепітної – на відстані від 3,0 до 4,0 метрів.

У 3 дітей цієї групи визнана низька ефективність кохлеарної імплантації, сприйняття усної мови, побутових звуків, голосних та приголосних звуків відмічалось на відстані до 0,5 метрів. Ці діти при слуховому сприйнятті не розрізняли мовні звуки, прості речення вони дивились в обличчя і використовували читанням з губ та елемент здогадки. Їх вимова була порушена, незрозуміла для оточення.

У другій групі (35 дітей) з ранньою втра-тою слуху (долінгвальна глухота) слухо-мовна реабілітація займала більше часу – протягом 2-5 років. При цьому рівень розуміння звуків, розви-ток мовлення відрізнявся від групи дітей з після лінгвальною втратою слуху. У групі дітей з до лінгвальною втратою слуху у віці від 1 до 4 років в післяопераційному періоді відмічалась слухова просторова орієнтація розуміння звуків мови, співставлення звуків мови з предметами. Мова складалася з вокалізації, лопотання, інтонування та повторення звуків мови за вчителем. Дитина реагувала на всі звуки, при цьому збільшувалась їх кількість, мовна активність нових слів.

При оцінці слухо-мовної комунікації ви-сока ефективність кохлеарної імплантації була визначена у 21 дитини. У них розбірливість мо-вних тестів сприймалась на відстані до 5,0 мет-рів. Середні показники слухо-мовної комуніка-ції визнані у 11 дітей, в яких розбірливість зву-ків та розмовної мови сприймалась на відстані

до 3,0 метрів. І низькі показники слухо-мовної комунікації були отримані у 3 дітей, на відстані 0,3 метра при не диференційованій шепітній мові. Ці діти мали мале коло комунікативного спілкування і використовували жести.

Таким чином, результати сурдопедагогіч-них досліджень після кохлеарної імплантації показали, що слухо-мовна комунікація віднов-люється, з'являється слухова реакція та розріз-нення побутових звуків оточення, складів, роз-бірливість голосних, приголосних звуків, слів, простих речень. Покращується мовна комуніка-ція, діти можуть вести бесіду, відповідати на запитання, навчатися в загальноосвітніх закла-дах. За рахунок розбірливості мови, збільшуєть-ся виразність власного мовлення, розширюється словниковий запас слів, збільшується коло спіл-кування дітей. Діти з стану глухих переходять в групи нормально чуючих дітей з можливостями отримання загальної освіти, роботи, відчуття себе повноцінною дитиною.

© Т.П. Лоза, В.І. Луценко, І.А. Белякова, Т.Ю. Холоденко, 2015

*В.І. ЛУЦЕНКО, І.А. БЕЛЯКОВА, Н.М. ГРАДЮК, К.Л. РУДЕНЬКА, М.І. СІТУХО
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

ОСОБЛИВОСТІ ОПТОКІНЕТИЧНОГО НІСТАГМА У ДІТЕЙ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Оптокінетичний ністагм (ОКН) – рефлек-торний коливальний рух очних яблук, виклика-ний рухом всього або, як мінімум, більшої части-ни поля зору. Доведено існування функціональ-ного взаємозв'язку між ОКН і станом перифери-чного відділу вестибулярного апарату, встанов-лено, що характеристики ОКН багато в чому ви-значаються станом вестибулярної збудливості.

Кохлеарна імплантація (КІ) – найбільш до-сконалий і високотехнологічний спосіб реабілі-тації глухих. Особливості хірургічної техніки введення імпланту у внутрішнє вухо, розміщення електродів в тимпанальних сходах і подальша електрична стимуляція равлика можуть негатив-но вплинути на функціональний стан перифери-чного відділу вестибулярного аналізатора.

Виявлення ранніх змін вестибулярної фу-нкції після кохлеарної імплантації за допомогою традиційних методів може бути ускладненим. У цьому зв'язку вивчення основних характеристик ОКН в післяопераційному періоді у пацієнтів, які перенесли кохлеарну імплантацію, може бу-ти цінним для ранньої діагностики вестибуляр-них порушень.

Метою дослідження було вивчення кіль-кісних характеристик основних показників го-ризонтального оптикінетичного ністагма у дітей з глухотою різної етіології, які перенесли кохле-арну імплантацію.

В аналіз включено 21 дитина з глухотою різної етіології у віддаленому післяопераційно-му періоді кохлеарної імплантації, в тому числі 9 дівчаток і 12 хлопчиків. Середній вік обстеже-них склав 12,6 років. 20 пацієнтів перенесли кохлеарну імплантацію з одного боку, 1 пацієнт – білатеральну кохлеарну імплантацію. Середній термін після хірургічного етапу КІ склав 5,2 ро-ки. Групу контролю склали 10 дітей з хронічною сенсоневральною приглухуватістю (5 дівчаток, 5 хлопчиків). Середній вік в групі контролю становив 10,3 роки.

Запис ОКН здійснювали при швидкості оптикінетичної стимуляції (ОКС) 108, 139 і 234°/сек. Графічний запис електроністагмогра-ми і ОКН проводилася за допомогою електро-енцефалографу типу «ЕЕГ-4-02» та пристрою для оптикінетичної стимуляції (В.Г. Базаров, Л.А. Савчук, 1979). Отримані дані піддавали обробці

на ПК з пакетом програм Microsoft Excel і StatSoft Statistica 10.0 із застосуванням методів варіаційної статистики.

Реєструвалися наступні значення показників ОКН: частота ОКН, сумарна амплітуда на відрізок в 10 секунд, середня амплітуда, швидкість повільної фази ністагму (ШПФ). Було проведено порівняння показників ШПФ у пацієнтів основної групи з середніми показниками ШПФ в контрольній групі.

В групі контролю середня ШПФ для 1-ї швидкості вправо становила 9,7, вліво 10,4°/сек. Для 2-ї швидкості вправо – 13,4, вліво – 12,9°/сек. Для 3-ї швидкості вправо 20,3, вліво – 21,8°/сек. Достовірної різниці між сторонами за результатами t-test не отримано.

В основній групі середня ШПФ для 1-ї швидкості вправо становила 10,9, вліво

10,8°/сек. Для 2-ї швидкості вправо – 13,4, вліво – 12,8°/сек. Для 3-ї швидкості вправо 21,9, вліво – 21,7°/сек. Достовірної різниці між сторонами за результатами t-test не отримано.

При статистичному аналізі результатів основної та контрольної групи не отримано достовірної різниці в співставних групах.

Висновки

1. При дослідженні кількісних параметрів оптокінетичного ністагму у дітей після кохлеарної імплантації не виявлено достовірної різниці між показниками, отриманими під час стимуляції в обидва боки в порівнянні з групою контролю.

2. Не виявлено однобічного та двобічного ураження горизонтального оптокінетичного нейронного шляху у досліджуваних пацієнтів в порівнянні з контрольною групою.

© В.І. Луценко, І.А. Белякова, Н.М. Градюк, К.Л. Руденька, М.І. Сітухо, 2015

В.І. ЛУЦЕНКО, І.А. БЄЛЯКОВА, Т.П. ЛОЗА, Т.Ю. ХОЛОДЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОЦІНКА СТАНУ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ТА ГЛУХОТОЮ ДО ТА ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Тісний анатомічний і фізіологічний взаємозв'язок слухового та вестибулярного аналізаторів обумовлює загальний принцип роботи цих систем: перетворення механічних коливань в нервовий імпульс шляхом дії переміщення ендолімфи на нервові клітини лабіринту, що обумовлює важливе значення вивчення функціонального стану вестибулярного аналізатора у дітей з тяжкою сенсоневралльною приглухуватістю та глухотою для досягнення ефективного результату від кохлеарної імплантації.

Метою даного фрагменту роботи була діагностика порушень вестибулярної функції у дітей з важкими втратами слуху до кохлеарної імплантації та у віддаленому періоді після операції.

Методика обстеження вестибулярного аналізатора передбачала дослідження функції переважно динамічної рівноваги (хода по прямій доріжці, флангова хода, „крокуючий тест” Fukuda). Дослідження у дітей від 2 до 5 років проводили в ігровій формі. В стані спокою проводився запис спонтанного та позиційного ністагму дітям. Обертання в креслі Барані дітям до 5 років проводили з кимось із батьків і оцінювали час післяобертального ністагму. При обертальній пробі (діти від 6 до 17 років) з записом

електроністагмографії (10 обертів за 20 с) оцінювали тривалість ністагмальної реакції, вестибулярної ілюзії протиобертання (ВІП), сумарну амплітуду (СА), частоту, швидкість повільної фази ністагму (ШПФ), ступінь вестибуло-вегетативних реакцій (ВВР) по Хілову.

Вестибулярний анамнез базувався на опитуванні батьків дітей, як правило віком від двох до 5 років, а також на опитуванні самих дітей віком від 6 до 17 років. Найчастішим симптомом при опитуванні було порушення координаторних реакцій, головний біль, запаморочення, яке досить нечітко описувалось пацієнтами, а батьки частіше говорили про порушення статокінетичної рівноваги та закахування у транспорті.

Незважаючи на поліетіологічність тяжкої нейросенсорної приглухуватості або глухоти слід зазначити, що у переважній більшості випадків визначалося периферичне ураження вестибулярного аналізатора, яке проявлялося в 85,2% випадків гіпореклексією або арефлексією лабіринтів.

Після кохлеарної імплантації (термін спостереження від 5 місяців до 9 років) було обстежено 34 дитини. З усіх пацієнтів скарги на запаморочення пред'являли 4 дітей, у 2 операція була проведена відповідно 5 і 6 місяців тому, ще

у двох 2 і 4 роки. При цьому у перших двох дітей (втрата слуху після менінгіту) була виявлена асиметрія координаторних проб (флангової ходи та « крокуючого» тесту) та гіперрефлексія після обертального ністагму по частоті, швидкості повільної фази, тривалості експериментального ністагму та вестибуло-сенсорної і вестибуло-вегетативних реакцій з боку прооперованого вуха. У інших двох дітей (вади слуху після ЧМТ та патологічних пологів) було встановлено порушення координаторних проб, реєструвався спонтанний ністагм, при обертальній пробі – арефлексія лабіринтів.

У решти дітей, які не пред'являли скарги на вестибулярні розлади, при дослідженні стало – кінетичної рівноваги у 82,4 % випадків була порушена флангова хода, а спонтанний ністагм вправо та вліво реєструвався у 85,3 % дітей. При проведенні обертальної проби стан арефлексії лабіринтів визначався у 16 (47,1 %) дітей, які втратили слух після антибіотиків, ЧМТ, менінгіту і без встановленої причини. Гіпорефлексія

лабіринтів була встановлена у 6 (17,6 %) пацієнтів з втратою слуху після прийому антибіотиків, при спадковій глухоті. Норморефлексія також визначалась у 6 (17,5 %) дітей, де втрата слуху була з невідомих причин. Центральний вестибулярний синдром був виявлений у 3 дітей, у 2 з них, які втратили слух після перенесеного менінгіту та одного після ЧМТ. Асиметрія по лабіринту була у одного пацієнта, який втратив слух з невідомих причин.

За даними вестибулометричного обстеження у дітей з високим та середнім ступенем ефективності кохлеарної імплантації (28 дітей) за даними вестибулометричного обстеження визначалась арефлексія, гіпорефлексія та норморефлексія вестибулярної збудливості. У дітей з низьким ступенем ефективності кохлеарної імплантації (6 дітей) після проведеної операції у однієї дитини виявлена асиметрія по лабіринту, у 3 – центральний вестибулярний синдром та у 2 – гіперрефлексія лабіринта з боку прооперованого вуха.

© В.І. Луценко, І.А. Бєлякова, Т.П. Лоза, Т.Ю. Холоденко, 2015

В.І. ЛУЦЕНКО, І.А. БЄЛЯКОВА, Н.М. ГРАДЮК (КИЇВ, УКРАЇНА)

РОЗБІРЛИВІСТЬ МОВИ У ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ТА ГЛУХОТОЮ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ЗА ДАНИМИ МОВНОЇ АУДИОМЕТРІЇ НА ФОНІ ЗАВАД

Одним з найважливіших критеріїв реабілітаційних заходів для людини з порушенням слухом є можливість сприймати мову, особливо на фоні довколишнього шуму. Саме тому дослідження розбірливості мови у дітей після кохлеарної імплантації на фоні завад (розмова багатьох людей, гомін) є актуальним завданням, яке дозволить максимально оцінити ефективність кохлеарної імплантації.

Метою роботи було підвищення ефективності діагностики та реабілітації порушення слухової функції у дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою після кохлеарної імплантації.

Обстеження включало аудіометрію у віальному звуковому полі з увімкненим кохлеарним імплантатом з реєстрацією порогового сприйняття тонів та визначення відсотка розпізнавання слів («жива мова» по мікрофону або використовувався запис з «Тестом реальної русської мови» Г. І. Грінберга і Л. М. Зіндера), які подавались через акустичну колонку. При

подальшому тестуванні визначали вплив на розбірливість мови маскера («гомін») з допомогою комп'ютерної програми «U:fit». Слова подавались одночасно із завадами через акустичну колонку при співвідношенні сигнал/завада 5 дБ при трьох різних рівнях звукового тиску (РЗТ), що відповідали рівню “тихої” (50 дБ), “нормальної” (60 дБ) та “гучної” мови (80 дБ).

Нами було обстежено 59 осіб з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою до та після кохлеарної імплантації віком від 4 до 19 років. Серед обстежених було 28 дівчаток (47%) і 31 хлопчик (53 %). Контрольна група включає 10 чоловік (5 хлопчиків та 5 дівчаток) віком від 6 до 16 років. В контрольній групі дослідження розбірливості мови проводилось бінаурально з використанням «Теста реальної русської мови» Г. І. Грінберга і Л. М. Зіндера. Різниця між показниками розбірливості мови в нормальних умовах та на фоні завад при РЗТ 50 дБ становила $(5,9 \pm 3,6) \%$, при РЗТ 60 дБ – $(4,0 \pm 3,4) \%$ і при РЗТ 80 дБ – $(2,6 \pm 3,3) \%$.

Всіх дітей було поділено на 3 групи в залежності від ефективності кохлеарної імплантації. Перша група (висока ефективність) включала 34 особи (58 %). В цій групі середні показники розбірливості мови у вільному звуковому полі становили ($75,9 \pm 7,2$) % при РЗТ 50 дБ, ($82,5 \pm 8,7$) % – при РЗТ 60 дБ і ($88,1 \pm 11,1$) % – при РЗТ 80 дБ. На фоні завад середні показники розбірливості мови становили при РЗТ 50 дБ – ($56,3 \pm 13,1$) %, при РЗТ 60 дБ – ($64,7 \pm 10,3$) %, при РЗТ 80 дБ – ($72,4 \pm 8,2$) %, тобто різниця між показниками розбірливості мови в нормальних умовах та на фоні завад при РЗТ 50 дБ становила 19,6 %, при РЗТ 60 дБ – 17,8 % і при РЗТ 80 дБ – 15,7 %.

Друга група (середня ефективність) налічувала 19 осіб (32 %). В даній групі у вільному звуковому полі при РЗТ 50 дБ середні показники розбірливості мови становили ($25,6 \pm 12,4$) %, при РЗТ 60 дБ – ($32,8 \pm 9,2$) %, при РЗТ 80 дБ – ($37,9 \pm 8,7$) %. На фоні завад середні показники розбірливості мови становили при РЗТ 50 дБ – ($8,8 \pm 7,3$) %, при РЗТ 60 дБ – ($13,3 \pm 9,0$) %, при

РЗТ 80 дБ – ($15,2 \pm 11,5$) %. Різниця між показниками розбірливості мови в нормальних умовах та на фоні завад при РЗТ 50 дБ становила 16,8%, при РЗТ 60 дБ – 19,5% і при РЗТ 80 дБ – 22,7%.

Третя група (низька ефективність) включала 6 осіб (10 %). При РЗТ 60 і 80 дБ розбірливість мови у вільному звуковому полі становила ($4,5 \pm 3,4$) % і ($15,5 \pm 7,9$) % відповідно. На фоні завад лише 2 дітей при РЗТ 80 дБ змогли відтворити кілька слів.

Погіршення розбірливості мови на фоні довколишнього шуму (як це часто буває в школі, на вулиці та ін.) впливає на якість життя дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою після кохлеарної імплантації, вважаємо за доцільне рекомендувати таким дітям обов'язково проводити дослідження мовної аудіометрії на фоні завад. У всіх дітей, в яких виявлено зниження розбірливості мови на фоні завад, потрібно звернути увагу на тренування сприйняття мови в умовах зашумлення словесного матеріалу з дотриманням належних правил при проведенні даного тренування.

© В.І. Луценко, І.А. Белякова, Н.М. Градюк, 2015

В.И. ЛУЦЕНКО, И.А. БЕЛЯКОВА, П.В. НЕЧИПОРЕНКО, М.И. СИТУХО (КИЕВ, УКРАИНА)

РЕДКИЕ ФОРМЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – синдром, характеризующийся кратковременными эпизодами системного головокружения, ассоциированными с изменениями положения головы. ДППГ – самая частая причина периферических головокружений. Наиболее типичная форма ДППГ – каналолитиаз заднего полукружного канала (ЗПК), хорошо знакома клиницистам, легко диагностируется и эффективно лечится с помощью стандартных репозиционных маневров. Более редкие формы ДППГ, с вовлечением верхнего (ВПК) и латеральных полукружных каналов (ЛПК) и апогеотропное ДППГ в ЗПК, представляют собой более сложную диагностическую задачу, что часто ведет к пролонгации диагностики и к неадекватному лечению.

Задачей исследования было определение частоты вовлечения различных полукружных каналов при ДППГ.

Проведен анализ клинических и инструментальных данных 56 пациентов (34 женщины, 22 мужчины) с ДППГ, обследованных в ЛОР клинике ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака НАМНУ» и

лаборатории клинической аудиологии и вестибулологии ГУ «ИОЛ им. А.И. Коломийченко НАМНУ» в период с января 2012 г. по февраль 2015 г. Средний возраст пациентов составил 48,6 лет. Пациентам после опроса производились стандартный ЛОР осмотр, аудиометрия, оценка статокINETической функции, регистрация спонтанного нистагма, Dix-Hallpike test, Pagnini-McClure test (supine roll test), вращательная или калорическая проба. Диагноз ДППГ в ЗПК и ЛПК устанавливался в соответствии с критериями Американской ассоциации отоларингологов – хирургов головы и шеи (2008), диагноз апогеотропного ДППГ в ЗПК и ДППГ в ВПК – по критериям М. Califano (2014).

В 76,8% случаев в процесс был вовлечен задний полукружный канал по типу каналолитиаза. В 17,9% случаев вовлечен латеральный полукружный канал в геотропном (каналолитиаз) и апогеотропном (купулолитиаз) вариантах (14,3% и 3,6% соответственно). Наиболее редкой формой являлись апогеотропное ДППГ в заднем полукружном канале (3,6%) и вовлечение верхнего полукружного канала (1,8%).

Выводы.

Формы ДППГ, отличные от каналолиитиаза заднего полукружного канала, зарегистрированы в 23% случаев. Особые формы ДППГ

имеют характерные клинические признаки, знание которых позволяет провести эффективную дифференциальную диагностику и правильное лечение.

© В.И. Луценко, И.А. Белякова, П.В. Нечипоренко, М.И. Ситухо, 2015

Ю.А. МОЛОЧЕК, Н.А. ТЕТРУЕВА, А.В. ТИМОШЕНКО, О.В. КУРКОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

КОМБІНОВАНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ СУДИННИХ АНОМАЛІЙ ГОЛОВИ І ШИЇ У ДІТЕЙ. МІСЦЕ ПРОПОНАЛОЛУ У ЛІКУВАННІ ОБШИРНИХ ГЕМАНГІОМ ЛОР-ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Судинні аномалії є найпоширенішими доброякісними новоутвореннями у дітей і дорослих. За даними статистики частота народження даної патології становить 50% серед пухлин м'яких тканин. Судинні аномалії зустрічаються у 1,1-2,6% всіх новонароджених, а до кінця першого року життя цей показник збільшується до 12,6%; відзначено переважання у осіб жіночої статі в співвідношенні 3: 1, вони частіше виникають у білошкірих немовлят. До 60-80% судинних аномалій локалізується в області голови та шиї.

В практиці отоларингологів та щелепно-лицьових хірургів дуже часто зустрічаються судинні новоутворення «складної» локалізації (ніс, рід, вушні раковини, верхні дихальні шляхи), які можуть приводити до порушення вітальних функцій організму.

Класифікація ISSVA міжнародного товариства дослідження судинних аномалій, яка базується на клінічних, гістологічних та біологічних особливостях судинної патології, дозволяє чітко диференціювати судинні пухлини (гемангіоми) від судинних мальформацій.

Таким чином хочеться надати сучасне визначення гемангіом та судинних мальформацій:

Гемангіома – зріла, доброякісна пухлина розвивається з судин. Паренхіма новоутворення складається з ендотелію судин, здатна до проліферації клітинної маси незалежно від росту дитини, кровоснабжається з артеріального русла. (D.O. Beck, A.K. Gosain, 2009).

Мальформація (порок розвитку) – це судинні утворення, що складаються з судин різного калібру, ендотелій яких не схильний до проліферації. З'явившись при народженні мальформації збільшуються пропорційно з ростом дитини і довгий час можуть не проявлятися клінічно, однак, деякі мальформації можуть різко прогресувати, спровоковані травмою, сепсисом або

гормональними змінами (J.S. Arneja, A.K. Gosain, 2008).

Використання сучасної класифікації та методів діагностики дає можливість покращити діагностику та зробити вірний вибір метода лікування.

В якості першої лінії лікування обширних гемангіом з високою проліферативною активністю, особливо у випадках ЛОР-локалізації з залученням вітальних функцій, рекомендуємо застосування препарату пропранолол, властивість якого діяти на ендотелій судинної стінки гемангіом та визивати інволюцію пухлини.

В квітні 2010 року комісія з питань біомедицини етики НДСБ «ОХМАТДИТ» розглянула та схвалила прийом пропранололу для лікування гемангіом у дітей. З 2010 року проведено лікування та спостереження більше ніж 300 дітей з гемангіомами різної локалізації.

Вироблено методичні протоколи по лікуванню та спостереженню дітей з гемангіомами препаратом пропранолол:

- Лікування здійснюється тільки після письмової згоди батьків.

- Лікування здійснюється під наглядом кардіолога, педіатра.

- Стандартне обстеження: ЗАК, біохімічний аналіз крові з визначенням рівня глюкози крові, ЗАС, ЕКГ, ЕХО-КГ.

- Під час прийому пропранололу проводиться контроль:

- Вимір АТ – 1 раз на добу;
- Вимір ЧСС – 3 рази на добу;
- Контроль рівня глюкози – 1 раз на тиждень.

- У перші 6 годин лікування АТ і ЧСС вимірюють кожен час.

- Доза пропранолола визначається із розрахунку 2 мг/кг на добу та поділяється на 3 рази.

- У перші три доби прийому призначають 25% від повної дози, наступні 3 доби – 50%, далі – 2 мг\кг (100%) на добу.

- При відсутності побічних ефектів дитину відправляють на домашнє лікування;

- Корекцію дози пропранололу проводять 1 раз у місяць згідно з зміною маси дитини.

- Препарат виготовляють в аптеці у супозиторіях з глюкозою.

- Тривалість лікування визначається клінічним результатом і складає в середньому 9 місяців.

- Батьки пацієнтів попереджуються о можливих ускладненнях: падіння рівня глюкози крові, бронхоспазм, неспокій дитини).

- Для уникнення можливих ускладнень, зв'язаних з падінням цукру крові батькам рекомендується дотримуватися регулярного трьохразового прийому пропранололу, раціональне дробне харчування дитини без великих перерв.

- Під час кожного візиту пухлину фотографують, вимірюють сантиметровою лінійкою.

Слід дуже ретельно підходити до визначення ускладнень від лікування. Іноді супутні вірусні захворювання під час терапії можуть налякати лікаря та батьків і привести до нераціональної відмови від лікування пропранололом.

Результати застосування пропранололу при лікуванні інфантильних гемангіом в НДСЛ «ОХМАТДИТ» свідчать про очевидні переваги цього препарату перед преднізолоном, інтерфероном і винкристином:

- не тільки припинення зростання, а й скорочення розмірів пухлини з 100% результатом;

- перші ознаки поліпшення (зміна кольору і щільності пухлини) вже в першу добу лікування;

- значне скорочення термінів природного перебігу інфантильної гемангіоми;

- можливість скасування ГКС;

- менша тривалість лікування;

- рецидиви рідкісні і піддаються повторному лікуванню;

- менша кількість в основному легких побічних явищ;

- дешевизна препарату;

- різноспрямований механізм дії.

Традиційні помилки

1. Вичікувальна тактика в надії на спонтанну регресію гемангіом і призначення лікування тільки при розвитку ускладнень.

2. Ототожнення гемангіом і судинних мальформацій та використання ідентичних деструктивних методів лікування.

3. Використання деструктивних методів (хірургічне висічення, електрокоагуляція, кріодеструкція, рідина Ходорович) при великих глибоких гемангіомах, що не гарантує відсутність рецидивів пухлини і залишає спотворюючі рубці.

4. Використання рентген-терапії, променів Буки в лікуванні гемангіом, що має суттєві побічні дії і призводить до розвитку ускладнень: облісіння, формуванню злоякісних пухлин.

Висновки:

Для вибору метода лікування судинних аномалій треба використовувати сучасну класифікацію. При лікуванні обширних гемангіом ЛОР-локалізації з залученням вітальних функцій базовою терапією має бути пропранолол. Батьки дитини повинні бути проінформовані про особливості лікування цим препаратом та спостереження за дитиною під час лікування. Слід чітко диференціювати супутню патологію (ГСЛТБ, обструктивні бронхіти) від побічної дії пропранололу, щоб уникнути нераціональну відмову від лікування. У випадках обмежених гемангіом, яку не визивають функціональних та значних косметичних порушень, рекомендується динамічне спостереження, можлива місцева стероїдна або склеротерапія. Хірургічне лікування рекомендується як один із етапів комплексного лікування пропранололом, місцевої стероїдної терапії.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОГЕННОГО ХРЯЩА ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Аутогенный козелковый и ушной хрящ широко используется в тимпанопластике с 60-х годов прошлого столетия. Объема хрящевой ткани, как правило, бывает недостаточно для заполнения всей трепанационной полости. В связи с этим аутогенный хрящ для облитерации может использоваться в комбинации с другими тканями. Аутогенный хрящ применяется для восстановления стенки слухового прохода. Выделяют облитерацию полостей хрящевой тканью при мастоидэктомии с сохранением стенки и с ее удалением.

В 2010-2014 гг. по оригинальной методике (модифицированная операция Wigand) нами прооперировано 86 пациента с хроническим гнойным средним отитом, осложненным холестеатомой. Средний возраст наблюдавшихся больных составил 36,2 года. Сроки наблюдения до 5 лет.

Операцию выполняли следующим образом. Заушным подходом обнажали заднюю костную стенку наружного слухового прохода. Кожу слухового прохода не пересекали. Антрум и аттик открывали через заднюю костную стенку наружного слухового прохода и задний отдел латеральной стенки аттика, отступая от края барабанного кольца 3-4мм, при этом, не нарушая целостность воздухоносных ячеек сосцевидного отростка. В отличие от операции Wigand рамку костного барабанного кольца сохраняли. Из аттика, адитуса и антрума удаляли все патологические ткани. Для доступа к структурам задней стенки барабанной полости через окончатый вскрытый антрум и задний отдел аттика вместо расширения мостика кверху и кзади мы от ямки наковальни бором диаметром до 2 мм производили сверление кости в плоскости барабанного кольца между каналом лицевого нерва и костным барабанным кольцом до необходимого уровня. Таким образом становились доступными осмотру и санации окна лабиринта, латеральный и задний тимпанальные синусы, гипотимпанум. Послеоперационный дефект задней стенки наружного слухового прохода и заднего

отдела латеральной стенки аттика устраняли отмоделированной пластинкой аутохряща ушной раковины. Пластинку со стороны наружного слухового прохода укрывали аутофасцией височной мышцы и кожей наружного слухового прохода. На завершающем этапе, при необходимости, выполняли тот или иной тип тимпаноластики.

При отсутствии в аттике слуховых косточек, выраженной резорбции латеральной стенки аттика возрастает риск втяжения тимпанальной мембраны, может появиться необходимость в облитерации полости позади восстановленной стенки слухового прохода. В таких случаях мы укладывали большой фрагмент козелкового хряща на костный канал лицевого нерва. Таким способом хрящ устранял дефект верхней стенки слухового прохода и полностью закрывал аттик. Несколько кусочков хряща устанавливали позади предыдущего фрагмента, плотно облитерируя полость аттика и адитуса. Мастоидальную полость заполняли мышечным лоскутом на нижней или верхней питающих ножках. Вмешательство относится к варианту комбинированных пластик стенок слухового прохода и полостей среднего уха.

При сохранении воздушности аттика и необходимости облитерации антрума фрагменты хряща использовали для реконструкции латеральной стенки аттика и для отделения аттика от антрума, который в свою очередь облитерировали мышечным лоскутом на ножке.

Результаты. Резорбция реконструированной задней костной стенки наружного слухового прохода с втяжением и формированием стабильной полости отмечена у 5(5,6%) больных, ретракции неотимпанальной мембраны – у 7(8,1%) пациентов, резидуальная и ретракционная холестеатомы – у 8(9,3%) человек.

Применение хрящевых аутотрансплантатов ушной раковины и козелка для реконструкции полостей среднего уха в сочетании с мастоидопластикой по Palva обеспечивает стойкие морфологические результаты.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В СВЕТЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Острый средний отит (ОСО) – широко распространенное заболевание, особенно в детском возрасте. 2/3 детей переносят как минимум один эпизод ОСО к достижению трехлетнего возраста, 90% детей переносят как минимум один эпизод ОСО до поступления в школу.

Основными возбудителями ОСО являются: вирусы – в 25% случаев; *Streptococcus pneumoniae* – в 35% случаев; Нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae* – в 25% случаев; *Moraxella catarrhalis* – в 15% случаев.

Во многих странах существовала практика рутинного назначения антибактериальных (АБ) препаратов при первом визите пациента с ОСО. Например, в 2000 году в США зарегистрировано 16 миллионов визитов к врачу и 13 миллионов назначений АБ препаратов по поводу ОСО (802 назначения на 1000 визитов). Хотя в США назначение АБП было рутинной, во многих странах Европы практиковалось стартовое симптоматическое лечение ОСО и назначение АБ терапии при отсутствии клинического улучшения. В 2004 году в США, затем и в других англоязычных странах пересмотрены рекомендации по диагностике и лечению ОСО в сторону более сдержанного назначения АБ терапии.

В диагностике ОСО выделяют три группы признаков.

1. Острое начало.
2. Наличие признаков выпота в барабанной полости: взбухание барабанной перепонки; ограниченная или отсутствующая подвижность барабанной перепонки; уровень жидкости за барабанной перепонкой; оторея.
3. Симптомы воспаления среднего уха: гиперемия барабанной перепонки; оталгия с нарушением активности пациента и сна.

Также оценивается тяжесть заболевания. Нетяжелым считается умеренная оталгия и лихорадка $<39^{\circ}\text{C}$ за прошедшие 24 часа. К тяжелым относят состояние с выраженной оталгией и лихорадкой $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

Немедленная АБ терапия при ОСО назначается во всех случаях у пациентов младше 6 месяцев, у пациентов от 6 месяцев до 2 лет – при уверенности в диагнозе (наличие всех признаков ОСО) и неуверенности в диагнозе и тяже-

лом течении. У пациентов старше 2 лет АБ терапия назначается при уверенности в диагнозе и тяжелом течении. Симптоматическая терапия и наблюдение до 72 часов может быть рекомендована в остальных случаях при возможности повторных осмотров.

Для стартовой терапии при нетяжелом течении рекомендуется использование амоксициллина 80-90 мг/кг в сутки, как альтернатива при аллергии к пенициллинам – пероральные цефалоспорины (цефподоксим, цефдинир, цефуроксим), макролиды. При тяжелом течении – старт с амоксициллин/клавуланата (90 мг/кг в сутки по амоксициллину), альтернатива – парентеральные цефалоспорины. Та же схема рекомендуется при отсутствии клинического улучшения у пациентов в группе наблюдения.

При неэффективности стартовой терапии в течение 48-72 часов рекомендуется смена АБ препарата – при нетяжелом течении на амоксициллин/клавуланат, альтернатива – цефалоспорины, клиндамицин. При тяжелом течении – замена на цефтриаксон, альтернатива – клиндамицин или тимпаноцентез с бактериологическим исследованием и подбором АБП.

В настоящее время в Украине зарегистрирован препарат Ауроподокс – действующее вещество цефподоксима проксетил, современный пероральный цефалоспорин III поколения, входящий в международные рекомендации по лечению острого среднего отита. Исследования *in vitro* показали высокую активность цефподоксима против основных патогенов при инфекциях верхних дыхательных путей,

Haemophilus influenzae, *Moraxella catarrhalis* и *Streptococcus pyogenes*. Клинические исследования подтверждают высокую эффективность цефподоксима при остром среднем отите, синуситах и тонзиллофарингитах. Как и в случае других АБП широкого спектра, существует определенный риск развития бактериальной резистентности при чрезмерном использовании. Но, при разумном назначении, Ауроподокс (цефподоксим) может рассцениваться как альтернатива эмпирической терапии респираторных бактериальных инфекций с использованием пенициллинов и макролидов.

*В.В. НІКОЛОВ, В.І. ОМЕЛЯШ, А.О. ЯШАН, К.О. ПЛЯШКО, Т.В. ПРОЦЬ
(ТЕРНОПІЛЬ, ДУБЛЯНИ; УКРАЇНА)*

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НЕЛАДЕКС В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДІТЕЙ

Для лікування гострого середнього гнійного отиту у дітей використовують різні середники системної і місцевої дії. При цьому головним в лікуванні даного захворювання є загальна адекватна антибактерійна терапія. Не менше значення має і місцева протимікробна і протизапальна терапія. Одним з таких препаратів є Неладекс. Ми застосували Неладекс як протимікробний і протизапальний засіб при місцевому лікуванні гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей.

Під нашим спостереженням за період з 2012 по 2014 рр. знаходилося 20 дітей, хворих на гострий середній гнійний отит, віком від 13 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну і контрольну. В основну групу входило 10 дітей, в контрольну – також 10. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Дітям основної групи призначали Неладекс і загальноприйняте лікування. Діти контрольної групи отримували тільки загальноприйняте лікування. Неладекс призначався згідно рекомендацій фірми-виробника ("Е.І.П.І.Ко" (Єгипет)): у зовнішній слуховий хід по 4 краплі 3 рази на добу. Лікування проводилось протягом 7 днів. В комплекс лікування входили судинозвужувальні краплі до носа.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на закладання вуха, вплив на шум у вусі, вплив на погіршення слуху, вплив на біль у вусі (на 4-5-й день лікування), отоскопічна картина (стан барабанної перетинки), показники температури тіла, показники тональної аудіометрії. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів отиту у дітей основної групи. Так, всі діти з цієї групи відзначали зникнення закладання у вусі, зник-

нення шуму у вусі, покращення слуху, 90 % - зникнення, 10 % - зменшення болю у вусі (на 4-5-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Покращення отоскопічної картини відмічено на 4-5-й день лікування у 90 % дітей. Гіперемія барабанної перетинки у них була відсутня. В контрольній групі покращення отоскопічної картини відмічалось на 4-5-й день лікування у 80 % дітей. Температура тіла на 4-5-й день лікування нормалізувалась у всіх дітей основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 4-5-й день лікування настала у 80 % дітей. Зменшення кістково-повітряного інтервалу на тональній аудіограмі на 4-5-й день лікування настало у 90 % дітей основної групи; в контрольній групі зменшення кістково-повітряного інтервалу на тональній аудіограмі відмічалось у 80 % дітей. Виникнення перфорації барабанної перетинки, тобто переходу отиту в перфоративну стадію, не спостерігалось у жодної дитини як основної, так і контрольної групи. Стерпність препарату Неладекс у всіх дітей була доброю, алергічних реакцій та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування препарату Неладекс в місцевому лікуванні дітей, хворих на гострий середній гнійний отит в доперфоративній стадії, підвищує ефективність терапії дітей з даною патологією. На підставі отриманих даних можна рекомендувати Неладекс для місцевого лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей як протимікробний і протизапальний засіб. Неладекс може поповнити арсенал засобів місцевої дії, що використовуються в терапії гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей.

© В.В. Ніколов, В.І. Омеляш, А.О. Яшан, К.О. Пляшко, Т.В. Проць, 2015

*О.В. ПАПП, О.М. БОРИСЕНКО, А.Л. БОБРОВ, Є.С. ПРОКОПЕНКО,
В.Т. ДЖУС, Є.І. КЛОЧКОВ (КИЇВ, УКРАЇНА)*

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ТРАНСМАСТОЇДАЛЬНИЙ ІНФРАЛАБІРИНТНИЙ ДОСТУП ДО ЯРЕМНОГО ОТВОРУ ПРИ ГЛОМУСНИХ ПУХЛИНАХ КЛАСУ C1-C2

Гломусні пухлини (парагангіоми, хемодектоми) скроневої кістки найбільш поширені доброякісні новоутворення основи черепа

після акустичних неврином. У переважній більшості випадків, дана патологія області яремного отвору діагностується в розмірах, які за

класифікацією Fisch'a відповідають класу C1-C2.

Методом вибору лікування даної патології залишається хірургія. При класичному доступі до підскроневої ямки тип «А» часто порушується функція органів області яремного отвору та скроневої кістки через особливості даного підходу до місця ураження пухлиною. Порушення функцій призводить до погіршення якості життя пацієнтів, особливо в соціально активній, працездатній групі суспільства.

На відміну від традиційного доступу при пухлинах яремного отвору класу C1-C2 в нашій клініці ми розробили та застосували функціональний трансмастоїдальний інфралабіринтний доступ.

Даний підхід був використаний у 25 пацієнтів при видаленні гломусних пухлин класу C1-C2. У всіх пацієнтів пухлина видалена тотально. В ранньому післяопераційному періоді відмічається повне збереження функції черепних нервів та слуху.

Перевагами доступу є: 1) Не проводиться мобілізація лицевого нерва. 2) Зберігається: середнє вухо; стінки зовнішнього слухового проходу; капсула внутрішнього вуха.

Доступ забезпечується широким трансмастоїдальним підходом з візуалізацією сигмовидного синусу та оголенням його латеральної стінки. Виконується задня тимпанотомія. Ретрофациально розкривається пребульбариний простір. Декомпресія лицевого нерва в мастоїдальній порції, аж до виходу останнього через шилососкоподібний отвір. Розкривається інфралабіринтний простір за рахунок кісткової частини інфрамеатальної ділянки із збереженням нижньої стінки зовнішнього слухового проходу.

При застосуванні даного підходу забезпечується доступ до яремного отвору та його розкриття через латеральну і задню стінки. В повній мірі контролюється інфралабіринтна ділянка, гіпотимпанум до рівня промонторіуму, задній тимпанальний синус, область висхідної порції внутрішньої сонної артерії.

Таким чином, при застосуванні трансмастоїдального інфралабіринтного доступу до яремного отвору при гломусних пухлинах класу C1-C2, зберігається в повному об'ємі функція ЛН, нервів каудальної групи IX-XII, завитка та лабіринту. Зберігається цілісність та функція середнього вуха. Можливе повне видалення пухлини класу C1-C2 та контроль зони ураження новоутворенням.

© О.В. Папц, О.М. Борисенко, А.Л. Бобров, Є.С. Прокопенко, В.Т. Джус, Є.І. Клочков, 2015

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

КЛІНІКО-АУДИОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ЕКСУДАТИВНОГО ОТИТУ

Середній секреторний отит (ССО) (шифр – Н 65.9) – це негнійне хронічне ураження середнього вуха, що виникає при порушенні функції слухової труби і супроводжується накопиченням трансудату у порожнинах середнього вуха та кондуктивною приглухуватістю. Причиною ССО можна вважати всі патологічні стани в порожнинах носа, глотки та принососових пазухах, що можуть порушувати функцію слухової труби. Участь у формуванні ССО мікробів, вірусів, грибів та патологічних імунних реакцій не можна вважати цілком доведеною. Клініка захворювання проявляється неяскраво, у зв'язку з чим розпізнається рідше, ніж виникає насправді. У клінічному перебігу можна виділити 2 стадії: застійну та ексудативну, яка має назву “ексудативного отиту”. В результаті резорбції кисню в повітряних порожнинах середнього вуха падає інтратимпанальний тиск і,

як наслідок, виникає випотівання рідкої частини крові через капілярну стінку. Запалення приводить до метаболізму покривного епітелію і деструкції клітинних елементів мукоперіосту, продукти розпаду яких домішуються до трансудату, надаючи йому желатиноподібної консистенції. В процес залучається і тимпанальне співустья слухової труби, що ще більше погіршує її вентиляційну функцію.

Клінічні діагностичні критерії: зниження слуху; відчуття закладеності вуха; відчуття переливання рідини; симптом флюктуації слуху - зміна гостроти слуху внаслідок зміщення маси трансудату; аутофонія; періодичні виділення з вуха через наявність мікроперфорації.

Отоскопічні ознаки: мутна барабанна перетинка потовщена, втягнута, згладжені поздовжні контури, зникає світловий контур; рухливість барабанної перетинки обмежена або відсу-

тня; відсутність блиску барабанної перетинки; колір барабанної перетинки за наявності ексудату в барабанній порожнині від жовтуватого до синюшного (залежно від складу ексудату); у разі неповного заповнення барабанної порожнини ексудатом – рівень рідини часто з пухирцями газу; при ексудативному отиті має місце порушення барофункції слухової труби.

Аудіологічні діагностичні критерії: при камертональному дослідженні – ураження звукопровідного апарату в 70% випадків, в 30% – по змішаному типу; на аудіограмі підвищення порогів звукосприйняття по повітряній провідності, кістково-повітряний розрив складає 30-40Дб. Значну допомогу в діагностиці ексудативного отиту надає імпедансометрія: тимпанометрична крива в таких хворих зміщена вправо, в бік від'ємних значень шкали, фіксуючи зниження інтратимпанального тиску. Про наявність ексудату в барабанній порожнині вказує сплюснена крива, що свідчить про зменшення податливості барабанної перетинки. Характерні тимпанометричні криві типу В і С: тип В – ексудат в барабанній порожнині; тип С – дисфункція слухової труби з значним зниженням тиску в барабанній порожнині. Акустичні рефлекси не реєструються.

Диференційну діагностику проводять з отогенною ліквореєю, адгезивним отитом, ото-склерозом, кохлеарним невритом, крововиливом в барабанну порожнину, високим стоянням цибулини яремної вени, ендоеуральною мозковою грижею, хемодектомою середнього вуха.

Принципи лікування. Найбільш ефективним вважається поетапний підхід до лікування хворих з ССО.

1-ий етап передбачає консервативну чи хірургічну санацію носа, приносівих пазух, носової та ротової частини глотки. Якщо через один місяць після закінчення лікування слух не нормалізувався, або протягом 3 місяців захворювання поновилося, слід переходити до 2 етапу.

2-й етап включає катетеризацію слухової труби, її продування, введення через катетер протеолітичного ферменту (трипсин чи хемотрипсин 1,0 в концентрації 1:1000) з кортикостероїдами (наприклад, 0,5мл суспензії гідрокортизону), електрофорез лідази з кортикостероїдними препаратами. Неєфективність катетеризації

слухових труб і фізіотерапії, або швидко (протягом 3-х місяців) поновлення захворювання свідчить про необхідність переходу до 3-го етапу.

3-й етап необхідно почати з тимпанопункції, яку проводять в задньо-нижньому квадранті барабанної перетинки, відсмоктування патологічного вмісту барабанної порожнини, її промивання розчином кортикостероїдів і протеолітичних ферментів. В подальшому призначається ендауральний електрофорез кортикостероїдних і ферментних препаратів один раз в день протягом 8-10 діб в залежності від густоти рідини в барабанній порожнині. Відсутність ефекту, або його нетривалість (до 3-х місяців) свідчать про необхідність шунтування барабанної порожнини.

4-й етап. На цьому етапі в задньо-нижньому квадранті барабанної перетинки виконують тимпанотомію (біля 1 мм в діаметрі, в залежності від діаметра шунта). Через отвір промивають барабанну порожнину розчином кортикостероїдів та протеолітичних ферментів, після чого в отвір вводять шунт з біологічноінертного матеріалу. Наступного дня перевіряють слух. Звичайна тривалість шунтування 1-2 місяці, можна залишати шунт до 3-х місяців. Відсутність ефекту через добу свідчить або про дефект маніпуляції, або про те, що вона виконана не за показами. Ефективність такого методу лікування складає 95-97%. Наслідки шунтування: видужання, стійка перфорація або тимпаносклероз. Якщо після видалення шунта протягом 3-х місяців знову рецидив ССО, слід переходити до 5-го етапу, який використовується вкрай рідко.

5-й етап. Відсутність ефекту від шунтування обумовлена, як правило, розповсюдженням патологічного процесу на комірочки соскоподібного відростка, «блоком» адитуса. На цьому етапі виконують антростоїдотомію з ретроаурикулярного підходу, розкривають усі комірочки заповнені трансудатом, в трепанаційну порожнину вводять 2 дренажні трубки, рану зашивають. Виконують шунтування барабанної порожнини способом, описаним вище.

Слід відмітити, що нормальна прохідність слухової труби ще не означає її нормальне функціонування, а критеріями ефективності лікування є нормалізація отоскопічної картини та відновлення слухової функції.

ДІАГНОСТИЧНА ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ХОЛЕСТЕАТОМИ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ

Високорозрішуюча спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) скроневих кісток та магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку вважаються основними радіологічними методами діагностики холестеатом. За допомогою СКТ визначається локалізація холестеатоми, її розмір та поширеність патологічного процесу, а саме кісткової деструкції. Цей метод діагностики повністю інформативний для визначення ознак кісткової деструкції та вибору способу хірургічного видалення холестеатоми, однак при наявності в межах скроневої кістки іншого м'якотканинного компоненту у вигляді потовщеної запально зміненої слизової оболонки, грануляцій, рідини, м'якотканинної пухлини, провести диференційну діагностику саме за даними СКТ неможливо (Ars, 2009; Alzoubi, Odat, Al-Balas et al., 2009; Sethom, Arrari, Dridi et al., 2011).

В таких випадках виконують МРТ головного мозку. За даними МРТ-дослідження холестеатома представляється як гомогенне утворення гіпоінтенсивне в T1-режимі та гіперінтенсивне в T2-режимі. Іноді МРТ-дослідження виконують з попереднім внутрішньовенним підсиленням. В окремих випадках – в режимі подавлення жиру (fat-suppression). Casselmann в 2007 році запропонував використовувати дифузійне неехопланарне МРТ-дослідження – за допомогою цього дослідження визначається молекулярна дифузія води в межах скануючої тканини.

Холестеатома при виконанні цього дослідження відповідає сигналу високої інтенсивності.

Проводилося обстеження 96 пацієнтів на ХГСО з холестеатомою, прооперованих у відділі мікрохірургії вуха ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ» за період 2008-2015 років. З 2013 року пацієнтам використовували МРТ-дослідження головного мозку в режимі дифузійно зважених зображень для визначення холестеатоми як на доопераційному етапі (n=14) в кореляції з даними СКТ скроневих кісток, так і як монометод радіологічної діагностики для визначення ознак резидуальної холестеатоми (n=82) з можливим виключенням етапу повторних операцій-ревізій (second-look), котрий, як правило, рекомендується виконувати для контролю рецидиву захворювання та визначення резидуальної холестеатоми. Особливо інформативною у визначенні резидуальної холестеатоми у обстежених пацієнтів, котрим виконувалася мастоїдопластика на заключному етапі операції (n=21), виявилася комбінація використання СКТ скроневих кісток та МРТ головного мозку в режимі дифузійно зважених зображень із специфічністю 98 %.

За отриманими даними, використання СКТ скроневих кісток в поєднанні з МРТ головного мозку в режимі дифузійно зважених зображень є високоінформативним сучасним неінвазивним методом діагностики як первинної, так і резидуальної холестеатоми.

© І.А. Сребняк, Ю.О. Сушко, О.М. Борисенко, А.О. Скорохода, 2015

ДИНАМІКА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ СЛУХОВОЇ ТРУБИ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ СЕКРЕТОРНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Згідно даних літератури, хоча б один епізод секреторного середнього отиту (ССО) зустрічається у 90% нормальної популяції дітей, а за останні 20 років захворюваність цією нозологічною формою зросла в 2,5 рази (Гарашенко Т.І., 2003; Дмитриев Н.С., 2003; Косяков С.Я., 2004; Милешина Н.А., 1999; Kligman E.W., 1999; Paradise J.L., Feldman H.M., Campbell T.F. et al., 2003).

За даними Американської академії отоларингології хірургії голови та шиї (2015), рецидивуючим вважається секреторний середній отит, повторний епізод якого виник через 3 місяці після попереднього повного одужання. Рецидивуючий перебіг зустрічається досить часто і включає до 1/3 випадків секреторних середніх отитів (Косяков С.Я., 2004; Лебедев Ю.А., 2000).

Найбільш важливою умовою одужання хворого з рецидивуючим секреторним середнім отитом (РССО) є відновлення вентиляційної функції слухової труби. Одним із широко відомих методів досягнення цього, є проведення шунтування барабанної порожнини. В літературі відсутні дані відносно часових термінів знаходження шунта у цих хворих. Зустрічаються рекомендації по строкам штучної вентиляції барабанної порожнини від декількох днів до декількох років (Будяков С.В. 2002; Rajesh, Pallavi, 2008). Об'єктивні критерії по визначенню ознак відновлення функції слухової труби та стану вентиляції середнього вуха в доступній літературі не зустрічаються. Несвоєчасне механічне видалення тимпаностомічних трубок, без визначення цих критеріїв, може призводити до хронізації процесу та його переходу в рецидивуючу форму особливо при ранньому їх видаленні, утворення стійкої перфорації, гранулом навколо шунта, його інфікуванню при необґрунтовано тривалому знаходженні шунта в барабанній перетинці.

Враховуючи актуальність даного питання на базі відділу мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» проводиться динамічне спостереження за хворими з ССО та хронічним ССО. Проведено обстеження 58 пацієнтів з хронічним рецидивуючим секреторним середнім отитом (ХРССО). Перебіг захворювання характеризувався стійким порушенням слуху з ознаками кондуктивної або змішаної приглухуватості, відчуттям переповнення в вусі, шумом в вусі. Ознаками рецидивування вважалося накопичення ексудату в порожнинах середнього вуха після попереднього проведення, за даними анамнезу, шунтування барабанної порожнини від 3 міс тому до 2 років. Усім хворим проводилося комплексне обстеження: отомікроскопія, аудіологічне обстеження (тональна порогова аудіометрія), імпедансометрія з реєстрацією тимпанограми, акустичного рефлексу та визначення тиску в барабанній порожнині, СКТ скроневих кісток, ендоскопічний огляд носу та носоглотки. Н апершому етапі лікування проводили санацію носу, носоглотки, глотки та призначалася корекція гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), алергічних порушень за співпрацею з суміжними спеціалістами.

Обстежені хворі були розподілені на дві групи. 1 групу склали 41 пацієнт з РССО, котрим виконувалося тільки пролонговане шунтування барабанної порожнини, при відсутності рентгенологічних ознак блоку адитусу та слухової труби за даними СКТ скроневих кісток. 2 групу склали 17 пацієнтів, у яких були виявлені СКТ-ознаки блоку соскоподібного паростка

м'якотканинним компонентом без ознак деструкції міжклітинних переділок в поєднанні з блоком адитусу та ознаками відсутньої вентиляції клітин соскоподібного паростка, що свідчило про довготривалу порушену функцію слухової труби. 11 пацієнтам виконувалася мастоїдотомія з ліквідацією блоку адитусу, його розширенням та відновленням прохідності між порожнинами середнього вуха, з подвійним дренажуванням соскоподібного паростка протягом 7 діб і одночасним встановленням тимпаностомічної трубки в барабанну перетинку. В 6 випадках, при наявності блоку слухової труби проводилося одно етапне бужування.

Отриманий ексудат з барабанної порожнини (мазок на склі), досліджували електронно-мікроскопічно, а слизову оболонку з ділянки заблокованого адитусу досліджували імуногістохімічно.

В подальшому проводилося динамічне обстеження хворих – в терміни 1, 3, 6, 9 місяців всім хворим виконувалася тональна порогова аудіометрія та проводилося визначення функції слухової труби за рівнем залишкового тиску у барабанній порожнині після серії ковтків, визначалася величина залишкового тиску для пасивного та активного відкриття слухової труби. Це обстеження проводилося як при позитивному так і при негативному тиску на аналізаторі середнього вуха компанії Interacoustics 235Н (Данія), в режимі визначення прохідності слухової труби для перфорованої барабанної переділки (режим EFT perf. TM). Максимальний тиск, який подавався в герметично закритий слуховий прохід складав 600 даПа. За даними літератури, у здорових обстежуваних пацієнтів слухова труба відкривається при 150 мм.вод.ст. (1 мм.вод.ст.= 0,98даПа) (Дмитриев Н.С., Милешина Н.А., 2003)

У більшості пацієнтів 1 групи (70,7%) стабільні результати відновлення функції слухової труби спостерігалися у терміни 5-7 місяців після шунтування, причому в термін 6-7 місяців така позитивна динаміка визначалася у 26,8% пацієнтів, в терміни 6-7 місяців – у 43,9% пацієнтів.

У 11 пацієнтів 2 групи з наявністю блоку адитусу за відсутності блоку слухової труби, відновлення функції слухової труби відбувалося у терміни 6-7 місяців після лікування.

У 6 пацієнтів з рентгенологічно встановленим блоком слухової труби після проведення хірургічного лікування з одночасною мастоїдотомією, бужуванням слухової труби та шунтуванням барабанної переділки, стійке відновлення функції слухової труби відбулося в терміни 4-5 місяців після лікування.

Таким чином, пацієнти з хронічним та рецидивуючим секреторним середнім отитом потребують комплексного послідовного лікування з урахуванням особливостей перебігу захворювання та вентиляції середнього вуха і радіологічних знахідок. Видалення тимпаностомічних

трубок із барабанної перетинки слід проводити після об'єктивно підтвердженого повного відновлення функції слухової труби (дослідження на аналізаторі середнього вуха) та вентиляції порожнини середнього вуха (СКТ скроневих кісток).

© Ю.О. Сушко, О.М. Борисенко, М.М. Моргун, І.А. Сребняк, 2015

Ю.О. СУШКО, Т.О. ШЕВЧЕНКО, І.А. СРЕБНЯК (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЗНАЧЕННЯ МОРФОМЕТРИЧНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУЮЧИХ СЕКРЕТОРНИХ СЕРЕДНІХ ОТИТІВ

Рецидивуючий секреторний середній отит (РССО) – складне захворювання у отіатричній практиці, неоднозначне в плані діагностики, лікування та прогнозу. В останнє десятиліття у світі намітилася тенденція до збільшення числа хворих на ССО, причому рецидивуючі форми захворювання стали досягати 15-30%. На ефективність лікування пацієнтів з РССО впливає несвоєчасна діагностика, що зумовлена невиразністю симптоматики на початковій стадії захворювання, неможливістю у багатьох випадках об'єктивної діагностики, хронізацією процесу. Між тим, РССО загрожує виникненням незворотних змін в середньому вусі, в тому числі розвитком адгезивного процесу, ретракційних кишень і холестеатом, призводить до стійкої кондуктивної приглухуватості. До останнього часу немає чіткого алгоритма діагностичних засобів РССО. Одним з недостатньо вивчених чинників, що можуть сприяти розвитку РССО, є особливості анатомічного положення і будови слухової труби.

Нами проведено вивчення залежності частоти виникнення РССО від морфометричних (краніологічних) особливостей мозкового черепа. Проводилося краніометричне дослідження 30 хворих на РССО. Встановлено, що відносна кількість осіб з окремими формами черепа складає: брахіцефали – 23,3 % хворих, мезоцефали – 30 %, доліхоцефали – 46,6%. Мезо- та доліхоцефали складали в сумі 76,6 % хворих на РССО.

Ймовірно вважати мезо- та доліхоцефалічну форму черепа передумовами для такої анатомічної будови скроневої кістки, що може бути сприятливою для виникнення РССО на фоні гострих секреторних середніх отитів. Це пояснюється впливом форми черепа на будову скроневої кістки. Тобто, морфометричним субстратом у мезо- та брахіцефали є така будова слухової труби, барабанної порожнини, адитуса, які негативно впливають на вентиляцію барабанної порожнини, недостатнє функціонування слухової труби та призводять до розвитку РССО у хворих, що перенесли гострий середній отит.

© Ю.О. Сушко, Т.О. Шевченко, І.А. Сребняк, 2015

Г.Э. ТИМЕН (КИЕВ, УКРАИНА)

ПЕРСПЕКТИВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ВНУТРЕННЕГО УХА

Количество больных сенсоневральной тугоухостью и полной глухотой, мягко говоря, не имеет тенденции к снижению. По данным ВОЗ, 2014, в среднем, 6,5% населения земного шара в той или иной степени тугоухие и 0,1-0,4 на 1 тыс. населения – глухие. В абсолютных величинах это, приблизительно, около 500 млн. и 16 млн. человек соответственно (астрономические цифры!). По всей видимости речь идет о росте

заболеваемости, что по определению связано с ухудшающейся экологией, усилением шумовых нагрузок, химическим загрязнением воды и пищи, отсутствием предупреждений генетической передачи этих болезней и т.д.

Проблема лечения и реабилитации больных сенсоневральной тугоухостью и глухотой, (исключая огромный успех врачей и протезирования «умершей» улитки кохлеарным имплан-

том, и во многом, сомнительных, но успехов в электроакустической коррекции) остается неподъемной глыбой для отоларингологов и сурдологов, несмотря на очень большое количество работ по консервативной терапии этого страдания, как правило, мало значимых по результатам.

Естественно, что эффективное лечение может основываться на патогенезе сенсоневральной тугоухости. Но в силу архисложной своеобразной анатомии и гистологии, топографии, кровоснабжению, периферии слухового анализатора, в частности, органа Корти с наличием двух видов нейроэпителиальных волосковых клеток: внутренних и наружных, совершенно разных по функции, но симбиотичных по локализации, оригинальностью синапсов и т.д., многое остается к сегодняшнему дню неизвестно. К этому следует добавить очень тонкую дифференциацию восприятия звуков и шумов по громкости, частоте, нотах, тембру, индивидуальности и т. п.

К сожалению, в силу разных причин, в настоящее время заниматься молекулярными механизмами восприятия, трансформации и передачи звуковой энергии в улитке имеют возможность единичные лаборатории в мире. По нашему мнению, в ближайшее время в наших условиях, более реальны следующие направления биологической реанимации внутреннего уха:

1. Пересадка во внутреннее ухо предшественников волосковых клеток, стволовых ней-

рональных клеток (с надеждой на хоуминг и их дальнейшую дифференциацию по месту). Между прочим, нашим зарубежным коллегам удалось получить рост волосковых клеток. Им остается научить клетки останавливать размножение и дифференцировать звуки во всем многообразии.

2. Стимулировать размножение и дифференциацию сохранных структур внутреннего уха за счет воздействия специфических гормоноподобных факторов (по типу гормона роста) или научиться активировать соответствующие гены. Для этого, прежде всего, следует разработать объективную аудиологическую диагностику сохранных элементов улитки.

3. Клонирование улитки (подобно клонированию др. органов).

4. Выращивание улитки за счет использования капиллярно-сосудистых 3D технологий.

5. Восстановление функциональной активности клеток, находящихся в парабиозе.

Первым пунктом мы занимаемся в настоящее время. 2-м занимаются наши коллеги за рубежом.

На сегодня все представленные направления реанимации внутреннего уха – фантастика. Но, возможно, завтра – надежда превратиться в каждодневную изнурительную работу, а не в столь отдаленном будущем, параллельно с общим развитием медицины, отоларингологи научатся эффективно лечить, а, в конечном счете, оживлять внутреннее ухо человека в случаях угасания его функции.

© Г.Э. Тимен, 2015

Г.Е. ТИМЕН, П.В. ВІННИЧУК, Л.А. КУДЬ, Л.І. КОБЗАРУК, К.Л. РУДЕНЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КТ-ГРАМ СКРОНЕВИХ КІСТОК, МРТ-ГРАМ ГОЛОВИ ТА ДАНИХ УЗД СУДИН ГОЛОВИ ТА ШІЙ У ДІТЕЙ ІЗ СЕНСОНЕВРАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ СЛУХУ

Одна із найбільш визначних проблем отоларингології залишається захворювання на сенсоневральну приглухуватість та глухоту. На жаль, навіть в її етіології немає остаточних даних. Між тим, найбільш вірогідною, за даними інструментальних методів дослідження, причиною можуть бути органічні зміни, вроджені чи набуті, в кінцевій частині слухового аналізатора – лабіринті.

Під нашим спостереженням знаходилось 119 дітей із сенсоневральними порушеннями 1-4

ст. за період 2010-2012 рр. 64 дітям (77 %) (випадкова вибірка) проводили: КТ скроневи́х кісток голови, МРТ голови та УЗД судин голови та ший, - поодино́ці чи комплексне.

У 47 пацієнтів (73,4 %) із сенсоневральними порушеннями слуху було проведено КТ скроневи́х кісток в аксіальній і коронарних проєкціях. У 15 хворих (32 %) були виявлені наступні зміни: арахноїдальна кіста – 2 (4,25 %); аномалія розвитку: розширення водопроводу присінку та ендолімфатичного мішка (large vestibular aqueduct

syndrome endolymphatic sac anomaly - 2 (4,25 %); осифікація півколових каналів, ділянки непухлинного зв'язання (як наслідок перенесеного менінгіту) – 1 (2,1 %); перелом піраміди скроневої кістки із порушенням цілісності каналу лицьового нерву - 1 (2,1 %) (гостра посттравматична сенсоневральна глухота) та перелом лускоподібної частини скроневої кістки з незначним вдавленням – 1 (2,1 %); асиметрія отворів внутрішніх яремних вен та високе розміщення цибулини яремної вени – 1 (2,1 %); ознаки внутрішньої гідроцефалії та лікворно-гіпертензійного синдрому – 1 (2,1 %); зниження пневматизації комірок соскоподібного паростка скроневої кістки та барабанної порожнини – 4 (8,5%); грануляції в барабанній порожнині – 1 (2,1 %); стан після шунтування барабанної порожнини – 1 (2,1 %).

43 дітям (67,1 %) із сенсоневральними порушеннями слуху була проведена МРТ голови. Так, у 8 пацієнтів (18,6 %) були виявлені наступні зміни: ознаки внутрішньої гідроцефалії та лікворно-гіпертензійного синдрому – 1 (2,3%); аномалія розвитку: розширення водопроводу присінку та ендолімфатичного мішка (large vestibular aqueduct syndrome endolymphatic sac anomaly – 1 (2,3 %)); пошкодження структур внутрішнього вуха із порушенням цілісності каналу лицьового нерву – 1 (2,3 %); зниження

пневматизації комірок соскоподібного паростка скроневої кістки та барабанної порожнини – 3 (7 %); стан після шунтування барабанної порожнини - 1 (2,3 %); дисмієлогенні зміни головного мозку – 1 (2,3 %).

40 пацієнтам (62,5 %) із сенсоневральними порушеннями слуху, було проведена УЗД судин голови та шиї. У 38 пацієнтів (95 %) були виявлені наступні зміни: патологічна звивистість обох хребцевих артерій (ХА) - 1 (2,5%); патологічна звивистість обох ХА, внутрішніх сонних артерій (ВСА) – 1 (2,5%); патологічна звивистість обох ХА, ВСА, венозна дисциркуляція (ВД) – 1 (2,5%); патологічна звивистість однієї ВСА, ВД – 3 (7,5%); патологічна звивистість обох ВСА, ВД – 8 (20 %); церебральний ангіоспазм, ВД – 1 (2,5 %); гіперволемія з обох боків; венозне повнокрів'я – 1 (2,5%); патологічна звивистість обох ВСА септальний стеноз обох ХА – 1 (2,5%); гіпоплазія однієї ХА – 1 (2,5%); гіпоплазія однієї ХА та ВД – 1 (2,5%), ВД – 17 (42,5 %), лише у 3-х пацієнтів (7,5 %) – без патологічних відхилень.

Таким чином, з одного боку, при вивченні етіології СНП доцільно використовувати комп'ютерні та УЗ методи дослідження, так як органічні ураження внутрішнього вуха, зустрічаються в досить високому відсотку спостережень.

© Г.Е. Тімен, П.В. Вінничук, Л.А. Кудь, Л.І. Кобзарук, К.Л. Руденька, 2015

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИКРОТИЕЙ II СТЕПЕНИ И ЧАСТИЧНЫМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ УШНЫХ РАКОВИН

Врожденные деформации и приобретенные дефекты ушных раковин настолько многообразны и сложны, что для их коррекции не представляется возможным разработать единый метод оперативного вмешательства (В.Г. Кручинский, 1965, 1970; А.Т. Груздева, 1970; С.Н. Лапченко, 1972; R.H. Musgrave, 1966; R. Kislov, 1971 и др.). Однако, как показывает, наш опыт, есть ряд заболеваний ушных раковин с различной этиологией возникновения, при которых хирургические вмешательства могут быть проведены по единой схеме (методике). К ним, в частности, относятся такие нозологические формы, как микротия II степени и частичные посттравматические дефекты ушных раковин.

Разработанное и применяемое в отделе ЛОР-патологии детского возраста, хирургическое вмешательство данных заболеваний прово-

дится в три этапа под эндотрахеальным наркозом с периодичностью 3 месяца.

Суть первого этапа заключается в формировании непрерывного кожного покрова в области его отсутствия на передней поверхности ушной раковины с использованием кожи заушной области.

Задачей второго этапа является изготовление и размещение под кожей, отсутствующего фрагмента каркаса ушной раковины (ауто-, аллохрящ, искусственный материал).

На третьем этапе производится формирование заушной борозды за счет окружающих тканей или путем закрытия раневой поверхности свободным кожным лоскутом.

Вышеизложенная методика была применена у 5 больных с микротией II степени и у 6 с частичными посттравматическими дефектами

ушних раковин. Каких либо осложнений, как во время проведения вмешательств, так и в отдалённом периоде, нами не отмечено. Форма и размеры ушных раковин, полученных в резуль-

тате проведения данного вида операций, были максимально приближены к здоровой стороне, что полностью удовлетворило запросы пациентов и хирургов.

© Г.Э. Тимен, П.В. Винничук, Е.Л. Руденька, А.С. Мудрый, 2015

Г.Е. ТИМЕН, В.М. ПИСАНКО, В.В. КОБЗАРУК, І.І. САПІЖАК, Л.І. КОБЗАРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ІНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТІВ

Лікування сенсоневральної приглухуватості (СНП) залишається далеко не вирішеною проблемою, не зважаючи на велику кількість наукових досліджень, присвячених цій темі. Необхідно зазначити, що більшість існуючих методів лікування СНП не враховують специфіку кровопостачання внутрішнього вуха. В першу чергу це стосується гістогематичних (гематоенцефалічного та гематолабірінтного) бар'єрів, а також дуже складних та специфічних метаболічних процесів, які обумовлюють механізм слухової рецепції. На жаль, в своїй абсолютній більшості, методи терапії СНП ґрунтуються на емпіричному підході, без урахування особливостей патогенезу того або іншого розладу у внутрішньому вусі, зокрема таких як ішемії, інтоксикації, набряку і т. ін..

Одним із шляхів підвищення ефективності терапії хворих з СНП є можливість надходження медикаментів до внутрішнього вуха, обминаючи гематоенцефалічний бар'єр, за рахунок дифузії препаратів із середнього вуха крізь мембрану вікна завитки, що достовірно підвищує концентрацію препаратів у рідинах внутрішнього вуха у порівнянні з їх вмістом там при парентеральному введенні (Chandrasekhar, 2000).

Ще в 1991 році в експерименті довели (Тимен Г.Е., Кобзарук Л.І., 1991) можливість надходження у рідини внутрішнього вуха низько- та високомолекулярних біологічноактивних речовин (від 131 до 26000 Дальтон) із зовнішнього слухового ходу за допомогою фоноелектрофорезу. Подальше удосконалення цього напрямку дозволило отримати позитивні результати і в клініці.

Під нашим наглядом знаходилось 134 дитини з гострою (32 дитини) та прогресуючим перебігом хронічної СНП (102 дитини) обох статей у віці від 3 до 18 років. З них 74 хворих складали основну групу (з гострою СНП – 32

хворих, з хронічною СНП – 42 хворих). Контрольна група складалась з 60 хворих з прогресуючим перебігом хронічної СНП.

Одночасно всім хворим (основної і контрольної груп) лікування розпочинали призначенням парентерально дезітоксикаційних (реосорбілакт), дегідратаційних препаратів та глюкокортикоїдів на протязі 3 діб. Після цього призначали препарати, що покращують кровообіг та метаболічні процеси в нервовій тканині, вітаміни, фізіотерапію.

Пацієнтам основної групи при надходженні до клініки відразу проводили шунтування барабанної порожнини. Після шунтування барабанної порожнини хворим основної групи 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.

Аналіз результатів лікування засвідчив, що інтратимпанальне введення препаратів в поєднанні з їх ендауральним фонофорезом дає можливість підвищити ефективність комплексної терапії дітей з гострою та прогресуючим перебігом хронічної СНП. Про це свідчить достовірно більше зниження порогів звукосприйняття хворих основної групи у порівнянні з контрольною групою.

У хворих з гострою СНП при комплексному лікуванні із застосуванням інтратимпанального введення глюкокортикоїдів покращення слуху спостерігали практично у 100% випадків, а повністю відновився у 78% дітей.

При лікуванні прогресуючого перебігу хронічної СНП в основній групі було отримано достовірне зниження порогів звукосприйняття на 5 дБ і більше, на 3-х і більше частотах, або появу сприйняття, як мінімум, однієї "нової" частоти при відповідній зміні результатів мовного тесту у 62% хворих основної групи (із ін-

тратимнапальним застосуванням глюкокортико-стероїдів) порівняно із 16% у контрольній групі.

Щодо віддалених результатів лікування: після проведеного курсу лікування хворі з прогресуючим перебігом хронічної СНП спостерігались на протязі 6 років (2008-2014 рр.). За цей час у 2 хворих основної групи (2,7%) відмічалось зниження слуху через 8-12 місяців (прогресування процесу). У інших 72 хворих основної групи (97,3%) за час спостереження погіршення

слуху не відмічалось (стабілізація процесу). Стосовно хворих контрольної групи, за даний період часу спостереження після проведеного курсу лікування зниження слуху спостерігалось у 6 пацієнтів (18%).

Отже, отримані нами результати свідчать про доцільність включення в комплексну терапію дітей з гострою та прогресуючим перебігом хронічної СНП інтратимпанального введення глюкокортикостероїдних гормонів.

© Г.Е. Тімен, В.М. Писанко, В.В. Кобзарук, І.І. Сапіжак, Л.І. Кобзарук, 2015

*Г.Е. ТИМЕН, В.І. ЦИМБАЛЮК, П.В. ВІННИЧУК, І.І. САПІЖАК, С.П. ЧУБКО, Л.П. СТАЙНО
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

ПРОТЕКТОРНА ДІЯ НЕЙРОНАЛЬНИХ СТОVBУРОВИХ КЛІТИН НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВНУТРІШНЬОГО ВУХА ПРИ РІЗНИХ МЕТОДАХ ЇХ ВВЕДЕННЯ НА ФОНІ АМІНОГЛІКОЗИДНОГО ОТОТОКСИКОЗА

За даними ВООЗ, 5-8% населення страждають від зниження слуху, з них 65-93% випадків складає сенсоневральна приглухуватість. Не зважаючи на різноманітність схем лікування та велику кількість лікарських засобів, що використовуються у лікуванні цієї патології, ефективність терапії залишається низькою. На сучасному етапі одним з найбільш цікавих, і в той же час, перспективних напрямків у вирішенні проблеми лікування цих хворих є пошук нових шляхів у регенерації структур кортієвого органу, зокрема й за рахунок застосування стовбурових клітин.

Метою даної роботи було вивчення протекторної дії нейрональних стовбурових клітин (НСК) при різноманітних методах їх введення на функціональний стан внутрішнього вуха морських свинок при гострому експериментально викликаному гентаміциновому ототоксикозі.

Експеримент проведено на 60 тваринах (статевозрілі морські свинки) вагою 250-600 грам, які були розподілені на дев'ять груп, в залежності від способу та шляху введення НСК.

Реєстрація КСВП виконувалась за допомогою прилада для об'єктивного обстеження слуху «Audera» фірми «Grason-Stadler» (США) в звукоізовлюваному та електроекранованому приміщенні. Морські свинки І групи отримували фізрозчин. Через 14 днів проводилось дослідження слуху об'єктивними методами.

До IV та VII групи входили тварини, яким вводили 14 днів гентаміцинвнутрішньом'язево. Об'єктивне дослідження слуху в четвертій групі проводилось до введення та після 14 днів введення, а у сьомій – після 21 доби.

Для вивчення впливу нейрональних стовбурових клітин на гострий ототоксикоз за допомогою різних шляхів введення, формували наступні групи тварин.

Морським свинкам з II групи вводили НСК інтраперитонеально в перший день чотирнадцятиденного введення гентаміцину, а III групі НСК вводили інтраперитонеально на восьмий день чотирнадцятиденного введення гентаміцину. Дослідження слуху проводили в III групі після 21 дня з початку експерименту.

Тваринам з VIII групи вводили НСК внутрішньом'язево в перший день чотирнадцятиденного курсу гентаміцину. Тваринам IX групи вводили НСК внутрішньом'язево на восьмий день чотирнадцятиденного введення гентаміцину з послідуєчим семиденним відпочинком.

Вивчалось інтратимпанальне введення НСК в перший день чотирнадцятиденного введення гентаміцину в V групі, та інтратимпанально на восьмий день чотирнадцятиденного введення гентаміцину з послідуєчим семиденним відпочинком у VI групі.

Таким чином, отримано не достовірні зміни порогів слуху після введення фізіологічного розчину в I групі ($p > 0,05$), тобто фізрозчин, як і очікувалось не впливає на порогові слухосприйняття. В IV групі після введення гентаміцину отримано достовірне підвищення порогів слуху. В VII групі після введення гентаміцину 14 днів та виведення тварин на 22 добу отримано не достовірне підвищення ($p > 0,05$) порогів слуху, що, можливо, пояснюється невеликою кількістю тварин, які дожили до кінця експеримен-

ту. У тварин, яким вводили НСК в першу добу отримано достовірне підвищення порогів ($p > 0.05$) при інтраперитонеальному введенні (II група), тобто відсутня протекторна дія НСК відносно гентаміцинового ототоксикозу. Але вже при внутрішньом'язовому (V група), та інтратимпанальному (VIII група) шляхах введення нейрональних стовбурових клітин отримані не достовірні зміни, ($p > 0.05$) що може свідчити про наявність їх протекторної дії. У тварин, яким

вводили НСК на 8-му, отримано достовірне підвищення порогів ($p < 0.05$) при інтраперитонеальному (III група) та інтратимпанальному (VI група) введенні. При внутрішньом'язовому шляху введення отримано достовірне ($p < 0.05$) зниження порогів слуху за об'єктивними даними (IX група).

Отже, ці дані дозволяють констатувати про наявність протекторної та лікувальної дії НСК на ототоксичні прояви гентаміцину.

© Г.Е. Тімен, В.І. Цимбалюк, П.В. Вінничук, І.І. Сапіжак, С.П. Чубко, Л.П. Стайно, 2015

*Г.Е. ТИМЕН, В.І. ЦИМБАЛЮК, А.О. БЄЛОУСОВА, К.Л. РУДЕНЬКА, П.В. ВІННИЧУК,
С.П. ЧУБКО (КИЇВ, УКРАЇНА)*

МОЖЛИВОСТІ ТРОФІНУ ТА ГЛУТАРГІНУ В ЗАПОБІГАННІ ОТОТОКСИЧНОЇ ДІЇ ГЕНТАМІЦИНУ

З кожним роком кількість хворих у світі на приглухуватість та глухоту росте. Причини цих захворювань різноманітні. Значне місце у виникненні даної патології займають ураження внутрішнього вуха, обумовлені ототоксичною дією лікарських речовин (Тарасов Д. И., 1998; Гамов В. П., 1999; Wersall J., 1995; Borradori C. et al 1997; Sha S. H., Schacht J., 2000; Золотова Т.В., 2004). Досить часто сенсоневральна приглухуватість у дитячому віці виникає після використання антибіотиків аміноглікозидного ряду. Зазвичай, їх використовують при тяжких станах та за життєвими показаннями, завдяки своєму широкому спектру антимікробної активності (Гамов В.П., 1999; Forge A., Schacht J., 2000; Константинова Н.П., 2001).

Ефективність лікування хворих з сенсоневральною приглухуватістю малоефективна і залежить не лише від причини, а і від тривалості захворювання, віку пацієнта, супутніх захворювань та ін. факторів. Саме ці причини спонукають до постійного пошуку нових лікарських препаратів для лікування сенсоневральної приглухуватості.

Одним з таких препаратів є глутаргін, який за даними М.Б. Самбур, О.Ф. Мельников (2006) сприяє ефективному зниженню токсичних, в тому числі і нейротоксичних ефектів, володіє антиоксидантною та мембраностабілізуючою активністю, що позитивно впливає на процеси енергозабезпечення у синапсах та частково проявляє ноотропну дію. Іншим таким препаратом є трофін, створений у ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», це екстракт з ембріональної нервової тка-

нини людей, 4-6 тижнів гестації, який отримують з абортівного матеріалу (Патент на винахід 34141, Україна, А 61К 35/28. Заявл. 08. 06. 1999; Опубл. 15. 02. 2001; Бюл.№1). Завдяки наявності у препараті нейротрофічних факторів, він посилює репаративні процеси у нервовій тканині та запобігає дегенеративним змінам при ураженнях ЦНС.

Мета роботи: вивчити протекторну та лікувальну дії глутаргіну та трофіну, при різних методах їх введення, на морфологічний стан внутрішнього вуха при аміноглікозидному ототоксикозі у експериментальних тварин.

Дослідження виконані на 77 здорових статевозрілих морських свинках (середня вага 460 грам), які розподілені на 13 груп. 1 (10 тварин) – інтактні тварини, 2 (10 тварин) – отримували щоденно внутрішньом'язово розчин гентаміцину із розрахунку 50 мг/кг протягом 14 днів – моделювання патологічного процесу глухоти. Морським свинкам 3-6 груп (21 тварини) щоденно вводили аміноглікозидний антибіотик у вищезазначеній дозі протягом 14 днів (аналогічно 2 групі). Однак після закінчення введення гентаміцину морським свинкам 3 та 4 груп (відповідно 5 та 4 тварини) давали глутаргін, в дозі 100 мг/кг ваги, щоденно перорально протягом 7 (3 група) та 14 (4 група) днів; 5 та 6 групам (по 6 тварин в кожній) даний препарат вводився інтраперитонеально у тій же дозі та протягом того ж часу.

Вивчення впливу трофіну на стан внутрішнього вуха морських свинок після експериментально викликаного ототоксикозу, було проведено на 21 статевозрілій тварині (групи 7-10) з

середньою вагою 360 грам. Після експериментального моделювання сенсоневральної приглухуватості, тваринам 7 та 8 груп (по 5 тварин в кожній) трофін вводився у дозі 0,4 мл/кг ваги через день внутрішньом'язово протягом 7 та 14 днів; 9 та 10 групи (по 6 і 5 тварин відповідно) відрізнялися від двох попередніх лише методом введення – інтраперитонеальним. Тваринам 11-13 груп (по 5 тварин в кожній) після введення гентаміцину 50 мг/кг внутрішньом'язово, вводився фізіологічний розчин по схемі глутаргіну інтраперитонеально (5 тварин) та внутрішньом'язово та інтраперитонеально (відповідно по 5 тварин), так як трофін.

Виведення морських свинок з експерименту проводилось під тіопентал-натрієвим наркозом через 24 години, після останнього введення трофіну або глутаргіну. Блоки середнього вуха та равлика відправляли для подальшого дослідження у лабораторію патоморфології за методикою Я.А. Вінникової та Л.К. Титової.

За результатами досліджень у інтактних тварин, судинна смужка має гладку поверхню, капіляри рівномірно заповнені еритроцитами, Кортіів орган має типову будову. В той же час, у морських свинок, які отримували 14 ін'єкцій

аміноглікозидного антибіотику спостерігались значні порушення у мікроциркулярному руслі структурних елементів кісткової та перетинчастої завитки, а саме: у кровоносних судинах виражені застійні явища, просвіти їх затромбовані згустками крові, у багатьох ділянках спостерігаються явища еритропедезу, кров'яні згустки утворюються у порожнинах присінку, прилягаючи до його стінок, наявні дезорганізація, набряк та порушення рядності опірних та волоскових клітин спірального органу. У тварини, які отримували глутаргін перорально, 7-ми та 14-ти разово, ототоксична дія гентаміцину частково послаблювалась, а при інтраперитонеальних – повністю нейтралізувало його дію, не залежно від кількості введення. Також не зазнавала змін структура внутрішнього вуха тварин, яким після 14 ін'єкцій гентаміцину через день вводили трофін як внутрішньом'язово, так і інтраперитонеально, протягом 7-ми та 14-ти діб.

Отже, отримані дані, дають підставу сподіватись на можливість ефективного використання глутаргіну та трофіну з метою забезпечення їх протекторної та лікувальної дії у комплексній терапії хворих з сенсоневральною приглухуватістю.

© Г.Е. Тімен, В.І. Цимбалюк, А.О. Белоусова, К.Л. Руденька, П.В. Вінничук, С.П. Чубко, 2015

*Г.Э. ТИМЕН, Н.В. ШЕПЕЛЕНКО, В.Н. ПИСАНКО, П.В. ВИННИЧУК,
Б.Н. МИРОНЮК, Л.К. ВЛАСЮК (КИЕВ, УКРАИНА)*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИНАУРАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ГЛУХОТОЙ

Технологический прогресс в области слухопротезирования принес колоссальные изменения, открывая дверь в мир звуков для людей с тяжелыми необратимыми нарушениями слуха. В этом плане наиболее значимой является кохлеарная имплантация.

Так в Украине за период с 2000 по 2014 год было проимплантировано более 1000 пациентов, из которых 70% это дети в возрасте до 5 лет, когда (ре)абилитационный тренинг позволяет достичь максимального эффекта от проведенного оперативного вмешательства. Многочисленные исследования показывают, что раннее имплантирование детей с необратимым нарушением слуха позволяет развить их языковые навыки до уровня слышащих сверстников и полноценно социализироваться. Новые перспективы повышения качества слуховой реабилитации детей с двусторонней сенсоневральной глу-

хотой открывает бинауральная кохлеарная имплантация. Это и явилось целью проведения исследований, а именно: оценка эффективности двусторонней кохлеарной имплантации у детей.

Под нашим наблюдением находится 42 ребенка (из них 17 мальчиков и 25 девочек в возрасте от 3 до 15 лет, временное окно с момента первой операции от 1 года до 7 лет). 48% пациентов на момент контралатерального имплантирования использовали бимодальную стимуляцию (на одно ухо – слуховой аппарат, с другой стороны – систему кохлеарной имплантации).

Результаты оценивались по данным тональной аудиометрии и субъективного тестирования (LittleEARS, LIP и MTP)

Тональная аудиометрия, проводимая с периодичностью, соответствующей протоколу мониторинга через 3, 6 и 12 месяцев на контра-

латеральной стороне, после подключения речевого процессора, показала небольшую асимметрию (10-15 дБ) на порогах слухового восприятия в речевой зоне. Однако процент разборчивости речи по данным речевой аудиограммы был ниже на 40-50 % от уровня разборчивости речи на раннее имплантированной стороне. У лиц, пользовавшихся бимодальной стимуляцией и относящихся к возрастной группе от 1 до 5 лет, данный показатель был значительно ниже (25-30%).

Субъективное тестирование показало сокращение времени прохождения этапов реабили-

литации на новоимплантируемой стороне, что позволяет говорить о высокой пластичности центральных слуховых путей после контралатеральной имплантации. Причем, у пациентов, которым проводилась бимодальная передача звуковой информации, коэффициент эффективности выше на 50%.

Таким образом, эффективность бинауральной кохлеарной имплантации зависит от возраста больного, от ранее проводимой бимодальной стимуляции, и временного окна между проведением контралатеральной имплантации.

© Г.Э. Тимен, Н.В. Шепеленко, В.Н. Писанко, П.В. Винничук, Б.Н. Миронюк, Л.К. Власюк, 2015

О.Ф. ТИТАРЕНКО, О.А. ТИТАРЕНКО, В.С. ЛИСОВЕЦКАЯ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Известно, что вестибулярные расстройства часто встречаются в пожилом возрасте, при этом исследование вестибулярного аппарата у данных лиц практически не выполняется, в то время как является основополагающим для дифференциальной диагностики его центрального и периферического поражения. Для последнего, как правило, характерны эпизоды интенсивного головокружения с односторонней вестибулярной дисфункцией. Центральное характеризуется постоянными несистемными головокружениями без расстройства слуха, чаще сосудистого генеза.

Проведено обследование 57 пациентов от 60 до 87 лет, из них 20 мужчин и 37 женщин. Помимо общеклинических анализов, аудиологическое исследование включало тональную пороговую, надпороговую и речевую аудиометрии, импедансометрию, вестибулярное – проведение статокINETических и вестибулометрических тестов. Всем пациентам с центральной вестибулопатией назначалась МРТ головного мозга.

Аудиологически у 9 больных выявлен пресбиакузис, 32 пациента имели высокочастотную сенсоневральную потерю слуха, 12 – потерю слуха по всей тон шкале, 4 - одностороннюю сенсоневральную глухоту, у 8 обнаружена смешанная тугоухость. При проведении надпороговой аудиометрии в шести случаях был выявлен положительный феномен ускоренного нарастания громкости. Разборчивость речи коррелировала с возрастом и определялась у 28 пациентов. Вестибулярные пробы выявили норморефлексию у 29 пациентов, одностороннюю гиперефлексию – у 11, двустороннюю – у 13, од-

ностороннюю гипорефлексию – у 4. Горизонтальный спонтанный нистагм был отмечен у 5 пациентов.

Центральный вестибулярный синдром был обнаружен у 20 лиц по данным МРТ и при отсутствии симптомов периферического поражения внутреннего уха. Причем у 7 из них выявлен сахарный диабет, эти пациенты продолжили обследование и лечение у невропатолога и эндокринолога.

Периферические вестибулярные расстройства диагностированы у 37 пациентов. Из них у 10 пациентов возникла острая сенсоневральная тугоухость с вестибулопатией на фоне сосудистых расстройств или вирусной этиологии, у 2- на фоне хронического катара среднего уха, у 1 больного выявлена положительная прессиорная проба на фоне хронического гнойного эптитимпанита, у 2 в анамнезе присутствовала травма головы с переломом височной кости, у 5 диагностирована гидроцефалия, у 2 - болезнь Меньера, у 9 - вертебро-базиллярный синдром на фоне сужения позвоночных артерий, у 4 присутствовали аутоиммунные заболевания (бронхиальная астма, ревматизм, системная красная волчанка), что дало основание предположить аутоиммунную этиологию заболевания.

Проведенный курс стандартной инфузионной терапии, направленный на улучшение микроциркуляции внутреннего уха и снижение вестибулярной возбудимости был более эффективен в группе с острой патологией внутреннего уха (14 человек). Хронический вестибулярный синдром (13 пациентов) требовал совместного лечения с врачами других смежных специальностей.

стей, поскільки нерідко сопряжен с супутствующими захворюваннями. Етим больным проводились повторные и превентивные курсы лечения с одновременной вестибулярной реабилитацией (комплекс специальных упражнений) совместно с вертебрологом.

Выбор терапевтического комплекса вестибулярного синдрома зависит от тщательной диагностики не только заболеваний уха, но и всего организма и требует междисциплинарного подхода лечения для улучшения качества жизни лиц пожилого возраста.

© О.Ф. Титаренко, О.А. Титаренко, В.С. Лисовецкая, 2015

І.В. ФІЛАТОВА, Т.І. ШЕВЧЕНКО, Г.А. ФІЛАТОВА (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ У ХВОРИХ НА ІНСУЛІННЕЗАЛЕЖНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

За період з 2010 по 2014 рік в клініці 30-ї ХМКЛ знаходилось 93 пацієнта з гострим середнім отитом (ГСО) на тлі цукрового діабету (ЦД). З них 87 осіб (93,5%) віком від 45 до 78 років мали в якості супутньої патології інсуліннезалежний цукровий діабет (ІНЦД). Чоловіків було 47, жінок – 40. У 8 пацієнтів (9,19%) ІНЦД маніфестував ГСО з нетиповим перебігом та вперше був виявлений в стаціонарі у зв'язку з даним захворюванням.

Клінічними особливостями перебігу ГСО при супутньому ІНЦД були характерні для цієї групи хворих скарги на біль в заушній ділянці та проєкції соскоподібного паростка у більшості пацієнтів (64 особи – 73,5%). Однією з характеристик болю був «безпідставний» характер за відсутності ознак ГРВІ, порушення носового дихання та виділень з носу, що змусило частину хворих (35,6%) звернутись до невропатолога, де 18 пацієнтам (20,68%) було встановлено діагноз невралгії потиличного нерва та призначено лікування. Зі слів хворих, за даними анамнезу хвороби біль поза вухом не супроводжувався зниженням слуху в перші 3-5 днів від початку захворювання. Однією з характерних ознак болю була досить чітка топіка (хворі, як правило, чітко вказували болюче місце) в проєкції антрума у 36 пацієнтів (56,25%), на верхівці соскоподібного паростка у 22 хворих (34,37%) та по задньому краю соскоподібного паростка (СП) в 6 випадках (9,37%).

На 3-7-у добу від початку хвороби, як правило, з'являлось значне для пацієнтів зниження слуху, шум у вусі високочастотного характеру, нестерпний постійний біль у вусі. З вище означеними скаргами всі пацієнти були госпіталізовані на 4-10-у добу від початку хвороби, що надавало підстави вважати середній отит гострим. На момент госпіталізації у переважній більшості хворих (78,16% - 68 пацієнтів) виділення з вуха були відсутні.

В загальному стані звертали на себе увагу головний біль всередині голови (56 осіб – 64,3%), слабкість (29 осіб – 33,3%), запаморочення (31 особа – 35,6%) та нудота (10 пацієнтів – 11,49%). В жодному випадку не зареєстровано підвищення температури тіла вище субфебрильних цифр (37,2° – 37,4° С). Діабетичні скарги (спрага, сухість у роті, зниження працездатності) мали місце у 28,7% хворих (25 пацієнтів). У 2 хворих в якості прояву хвороби та основної причини звертання зареєстрований парез п. facialis без клінічних ознак запалення середнього вуха.

За даними анамнезу життя у 79 осіб мав місце ІНЦД з тривалістю захворювання від 3 до 17 років. Корекція гіперглікемії всім пацієнтам проводилась цукрознижуючими препаратами. За даними подальшого огляду ендокринолога, діабет середнього ступеню важкості був у 61 хворого (70,1%), важкий перебіг – у 26 пацієнтів (29,88%). При об'єктивному огляді переважна більшість хворих (71 особа – 81,6%) мали підвищену масу тіла з різними ступенями ожиріння. У пацієнтів з нормальною масою тіла або зниженою вагою перебіг ІНЦД характеризувався як важкий.

Всі пацієнтам був проведений ретельний ЛОР-огляд, під час якого риноскопично не виявлено ознак гострого запалення (гіперемії слизової оболонки порожнини носу, набряку, гнійних або слизово-гнійних виділень) у 80 пацієнтів (91,9%). У 7 хворих слизова оболонка біла синюшного кольору, помірно набрякла із серозно-слизовими виділеннями. Стан locus morbi визначався перш за все наявністю болю при перкусії заушної ділянки в проєкції антрума (28,7% - 25 осіб), верхівки соскоподібного паростка (22 пацієнта – 25,8%), по всьому соскоподібному паростку без чіткої локалізації у 41 хворого (47,12%). Відсутність виділень в зовнішньому слуховому проході зареєстрована у 63

хворих (72,4%). У цих хворих при отоскопії (в тому числі і при отомікроскопії, проведеної 59 хворим) барабанна перетинка мала досить незвичний для гострого отиту стан. Остання була потовщена без яскравої гіперемії з неясними, але збереженими орієнтирами (короткий відрізок та рукоятка молоточка). В жодному випадку світлового конусу знайдено не було. Характерним також було випинання задньо-верхнього квадранту барабанної перетинки, яке не було виявлене в жодному випадку при тубарному поширенні запалення.

При наявності виділень в зовнішньому слуховому проході у 24 хворих (27,58%) характерною ознакою була велика кількість виділень з «пульсуючим рефлексом» в глибині з серозним або серозно-слизовим характер виділень. Тільки у 4 пацієнтів перфорація барабанної перетинки розташовувалась в типовому для ГСО місці (передньо-нижній квадрант). У 20 хворих щільна перфорація знаходилась в задніх відділах у задньо-нижньому квадранті або на межі задньо-нижнього та задньо-верхнього квадрантів.

За даними рентгенограм БНП у більшості хворих (58 осіб – 66,7%) пневматизація БНП була збережена, а у 23 хворих (26,4%) знайдено незначне пристінкове потовщення слизової оболонки, викривлення носової переділочки. На відміну від вищезазначеного, у пацієнтів з ГСО без ендокринопатії в 78,5% випадків з урахуванням клініки діагностовано гострий або хронічний риносинусит.

Рентгенологічне дослідження соскоподібного паростку за Шулером у більшості випадків (65 пацієнтів – 74,7%) виявило наявність та тенденцію до деструкції кістки соскоподібного паростку в періантральній групі клітин (36,3% – 24 особи), зміни в періантральній та кортикальній зонах (потоншення кісткових балочок) у 27 хворих (40,9%), завуальованість клітин соскоподібного паростку – у 15 пацієнтів (22,7%). У всіх хворих в подальшому проведені рентгенограми

СП за Майером, які підтвердили попередні дані. У 69 пацієнтів для уточнення розповсюдження та характеру ураження СП проведено СКТ-дослідження скроневої кістки. В усіх випадках підтверджено заповнення клітин СП вмістом м'якотканинної щільності з наявністю рідини та деструкцією СП.

За даними аудіометрії у 62 хворих (71,2%) мали місце характерні зміни стану слухового аналізатора – виявлене комбіноване ураження з наявністю кістково-повітряного розриву до 30 Дб, підвищення порогів кістково проведених звуків в середньому на рівні 20-50 Дб з похилим типом кривої та обривом на високі частоти. Такі зміни на аудіограмі, як правило, відповідали більш тяжкому перебігу середнього отиту з наявністю деструкції в СП та у 37 хворих (48,3%) ускладнювався наявністю отогенного арахноїдиту.

При клінічному дослідженні морфологічного складу периферичної крові характерною була відсутність класичних ознак гострого запалення на відміну від ГСО без ІНЦД. Так у хворих на ІНЦД з ГСО лейкоцитоз був помірним та коливався на верхній межі норми (37,9%), або був відсутній у останніх пацієнтів. В формулі крові у всіх пацієнтів зареєстровано паличкоядерний нейтрофілоз, по більшості помірний (6-8 %). Постійним показником запалення у цієї групи хворих біло лише збільшення рівня ШОЕ до 25-40 мм/год.

Таким чином, клінічні та інструментальні дані свідчать про наявність особливостей перебігу ГСО на тлі ІНЦД: відсутності патогенетичної значимості основних ланок розвитку ГСО (порушення функції слухової труби), наявності ранніх деструктивних змін у соскоподібному паростку при відставанні візуальних клінічних ознак ГСО. Все вищезазначене свідчить на користь формування первинного латентного мастоїдиту на тлі інсуліннезалежного цукрового діабету.

© І.В. Філатова, Т.І. Шевченко, Г.А. Філатова, 2015

І.В. ХОРУЖИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

СИНДРОМ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ СЕРЕДНЬОМУ ОТИТІ

У перебігу більшості запальних хвороб людини визначне значення має синдром ендогенної інтоксикації. При гострому середньому отиті відбувається локальне накопичення токсичних продуктів у порожнині середнього вуха, а також вплив цих токсинів на

внутрішнє вухо. Клінічним проявом цього є поява високочастотного шуму у вусі та головокружіння.

Метою нашого дослідження було дослідити інтоксикаційний синдром у хворих на різні форми ГСО.

За темою роботи проведено обстеження та лікування 295 хворих на ГСО. Хворі були поділені на дві основні групи в залежності від типу ураження слухового аналізатора. До першої групи віднесли хворих на ГСО з виключно кондуктивним типом приглухуватості, їх було 263, до другої групи хворі на ГСО ускладнений СНП, що включала 32 пацієнта.

В більшості обстежених пацієнтів 148 першої групи, та у всіх пацієнтів (32) другої групи, виявлено різного ступеня вираженості інтоксикаційний синдром, що проявлявся клінічно і лабораторно. Основними клінічними ознаками були: загальна слабкість, підвищення температури, дратівливість, порушення сну, пітливість, зниження працездатності.

Серед лабораторних показників досліджували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), молекули середньої маси (МСМ) та еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІІ).

Серед пацієнтів першої групи в котрих були клінічні, а також лабораторні ознаки інтоксикаційного синдрому сформовано три підгрупи в залежності від клінічних ознак гострого середнього отиту: Іа – виражена гіперемія барабанної перетинки без наявності вип'ячення, або втягнень барабанної перетинки – 33 пацієнти; Іб – наявність вип'ячення та гіперемія барабанної перетинки, яку розцінювали як доперфоративна стадія гострого середнього отиту – 36; Ів – перфоративний отит з гноєтечею – 28 пацієнтів. Даним хворим проведено порівняння показників ендогенної інтоксикації.

Рівень показника ЛІІ збільшився у найбільшій мірі у пацієнтів Іб підгрупи в 3,9 рази ($p < 0,01$), порівняно з нормою і дещо нижчим у пацієнтів Ів підгрупи – в 3 рази ($p < 0,01$) і в 2,1 рази ($p < 0,01$) в пацієнтів Іа підгрупи.

Показник МСМ 254 у пацієнтів Іб підгрупи, перевищував аналогічне значення норми в 1,3 рази ($p < 0,01$) і в 1,2 рази ($p < 0,01$) в Ів підгрупі, а МСМ 280 – у 1,5 рази ($p < 0,01$), 1,4 ($p < 0,01$). Достовірної різниці показників МСМ 254 і МСМ 280 у осіб Іа підгрупи порівняно з нормою не виявлено.

За наявності вип'ячення та гіперемії барабанної перетинки (Іб підгрупа), при дослідженні ЕІІ ступінь проникнення барвника через еритроцитарну мембрану зріс в 1,3 рази ($p < 0,01$) порівняно з показником норми та в 1,2 рази ($p < 0,05$) у пацієнтів Ів підгрупи. В осіб Іа підгрупи порівняно з нормою достовірної різниці показника ЛІІ не виявлено.

Значення показника ЛІІ у пацієнтів другої групи становив $4,1 \pm 0,2$ од. і перевищував такий у контрольній групі пацієнтів-донорів у 4,6 рази ($p < 0,01$).

Показник МСМ 254 в другій групі обстежених пацієнтів перевищував аналогічне значення норми в 1,4 рази ($p < 0,05$), а МСМ 280 – у 2,2 рази ($p < 0,01$), відповідно.

При дослідженні ЕІІ ступінь проникнення барвника через еритроцитарну мембрану у пацієнтів другої групи зріс в 1,5 рази порівняно з показником норми.

Результати дослідження інтоксикаційного синдрому в різних клінічних групах гострого середнього отиту виявили збільшення в сироватці крові хворих рівня досліджуваних показників залежно від вираженості клінічних даних. Також слід зазначити, що в цілому середні величини досліджуваних показників у всіх випадках (всі хворі без поділу їх по статі і стадії розвитку запального процесу) статистично відрізнялися від даних у нормі, що свідчить про значну токсифікацію організму у хворих з гострим середнім отитом.

© І.В. Хоружий, 2015

Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Л.Г. ПЕТРУК (КИЇВ, УКРАЇНА)

СЕНСОНЕВРАЛЬНІ СЛУХОВІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЯ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Події останнього часу у нашій країні актуалізували в медичній науці багато питань військової медицини і змусили більш уважно поставитися до можливостей ризику виникнення акутравми, причому не тільки у військовослужбовців. Зросли випадки пошкодження слухової системи внаслідок мінно-вибухової та інших варіантів акутравми. Це ставить вимоги швидко

та надійно діагностувати порушення в різних структурах слухової системи при акутравмі та своєчасно надавати цілеспрямовану допомогу хворим. При цьому важливо запобігти розвитку тяжких ушкоджень слухової системи та інвалідизації хворих.

В останній період часу питання діагностики та лікування порушень слухової функції,

пов'язаних з акутравмою, в тому числі отриманою а реальних бойових умовах, набули значної актуальності і ми надаємо допомогу людям, постраждалим внаслідок перебування у зоні АТО. Це і бійці збройних сил України, і мирні жителі цих районів, які потрапили під обстріл. Проведені вже попередні дослідження у даного контингенту показали певні особливості діагностики та лікування таких хворих.

При аналізі скарг ми виділили основні скарги, що найчастіше пред'являлись хворими з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО, були найбільш вираженими та мали прогностичне значення. Це скарги на: суб'єктивний вушний шум (79,4%), больові відчуття у вухах після акутравми (70,5%), закладення вух (76,5%), запаморочення (82,4%), порушення рівноваги (52,9%), головний біль (58,8%), підвищену дратівливість (97,1% випадків). Всі обстежені нами хворі з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО (100%) скаржилися на зниження слухової функції, виражене в різному ступені. Ми спостерігаємо у обстежених хворих з акутравмою значну вираженість таких скарг і тривалість відчуттів буває значною. Шум у вухах у багатьох з них постійний, періодично посилюється. Часто він має «складні» характеристики, наприклад, високочастотний тон на тлі фонового шуму середньої інтенсивності. Причому, чим довше тривала закладеність вух, оглушеність та інші відчуття після акутравми, тим більш виражені сенсоневральні порушення розвивалися в подальшому у такому випадку.

Зауважимо, що у обстежених нами пацієнтів часто спостерігалася повторна акутравма і вони потрапляли до нас на обстеження після багаторазового уражаючого впливу звуків високої інтенсивності. Не можна виключити, у такому разі, можливість «накладання» ефекту від кожної наступної акутравми, що обумовлює значне ураження структур слухового аналізатора.

За даними суб'єктивної аудіометрії у обстежених нами осіб з акутравмою, які перебували у зоні проведення АТО, нами було виявлено порушення за типом звукосприйняття, виражені в різному ступені. Найчастіше ми спостерігаємо всього двобічне асиметричне (94,1%) ураження базальних або медіобазальних відділів завитки. У 2,94% було однобічне, а у 2,94% - двобічне симетричне порушення слухової функції.

За даними порогової тональної аудіометрії в конвенціональному діапазоні частот в переважній більшості випадків (85,3%) ми спостерігали низхідний або обривчастий тип кривої, у (47,1%) випадків серед них було характерне підвищення порогів у зоні 4 та 6 кГц. За даними високочастотної тональної аудіометрії ми часто спостерігали «обрив» - відсутність слухової чутливості до тонів розширеного (9-16 кГц) діапазону частот. На різних частотах «обрив» спостерігався у 34,6% випадків. Оскільки такий обрив часто був асиметричним, ми враховували окремо показники кожної сторони, тобто розраховувався відсоток випадків по відношенню до кількості вух, а не обстежених осіб.

За даними мовної та надпорогової аудіометрії приблизно у 35,2% обстежених хворих ми спостерігали ознаки ураження рецепторного відділу слухового аналізатора, про що свідчили явища феномену прискореного зростання гучності (ФПЗГ). Порушення слуху у обстежених нами хворих даного контингенту нерідко супроводжуються порушеннями розбірливості мовного тесту, явищами дискомфорту, відносно зниженими або низькими ДП за Люшером, особливо в області 4 кГц. Загалом серед обстежених нами хворих з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО порушення розбірливості мовного тесту спостерігалася у 29,4%, низькі або знижені рівні ДП за Люшером – у 26,5% : 14,7 % - на частоті 4 кГц та 11,8% - на частотах 2 і 4 кГц. Відомо, що низькі ДП за методом Люшера, а також парадоксальне падіння та уповільнене зростання розбірливості мовного тесту свідчать про порушення функції завитки та наявність ФПЗГ. Такі хворі зазвичай скаржилися на підвищену дратівливість, погану переносимість гучних звуків, суб'єктивний шум у вухах, після акутравми у них довго тривали оглушеність, запаморочення, закладеність вух, порушення рівноваги.

Отже, за даними суб'єктивної аудіометрії у обстежених нами хворих з акутравмою, які перебували в зоні проведення АТО спостерігаються виражені сенсоневральні двобічні асиметричні порушення слухової функції, переважно базальної та медіобазальної частини завитки, часто – з явищами ФПЗГ, що свідчить про дисфункцію рецепторного відділу слухового аналізатора.

СТАН КОРКОВОГО ВІДДІЛУ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У РОБІТНИКІВ РІЗНИХ ПРОФЕСІЙНИХ ГРУП ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ

До сьогоднішнього часу шум і вібрація залишаються розповсюдженими техногенними факторами впливу у промисловості, в зв'язку з чим зростає захворюваність на професійну сенсоневральну приглухуватість (СНП). Ця проблема зберігає високу значимість як в медичному, так і в соціальному аспектах. Вплив шуму є одним з провідних етіологічних чинників СНП. Багато досліджень присвячено змінам, що виникають у слуховій системі при дії виробничого шуму. При цьому роботи, в яких вивчається стан слухової функції у робітників вугільної промисловості, нечисельні. Однак механізм ушкоджуючого впливу шуму доволі складний і до кінця не вивчений, особливо це стосується оцінки впливу на центральні відділи слухового аналізатора.

Нами було обстежено 67 робітників вугільної промисловості з СНП: 21 прохідник, 23 забійника і 23 гірничі робітники очисного вибою – ГРОВ (відповідно, 1, 2 та 3 групи) та 15 осіб контрольної групи. Реєстрація довголатентних слухових викликаних потенціалів (ДСВП) проводилася з використанням загальноприйнятої методики за допомогою акустичної аналізуючої системи МК-6 фірми «Amplaid» (Італія) та «Eclipse» фірми «Interacoustics» у відповідь на іпсилатеральне монауральне подання стимулу з частотою заповнення 1 кГц. Результати оцінювали з використанням методів варіаційної статистики з застосуванням критерію Стюдента.

При аналізі ЛПП компонентів P1, N1 ДСВП при іпсилатеральній стимуляції тоном 1 кГц суттєвої різниці в групах робітників порівняно з контрольною групою нами не встановлено ($P > 0,05$). Однак, спостерігається достовірне ($P < 0,01$) подовження ЛПП компонента N2 ДСВП в усіх досліджуваних групах хворих у порівнянні з контрольною групою. Так, в 1 групі ЛПП N2 ДСВП становив ($309,2 \pm 4,4$) мс, в 2 – ($285,9 \pm 4,5$) і в 3 – ($281,1 \pm 2,8$) мс. Це свідчить про дисфункцію у коркових структурах слухового аналізатора у досліджуваних робітників вугільної промисловості. Також у робітників 1 та 2 груп нами було виявлене достовірне подовження ЛПП компоненту P2 ДСВП до ($188,7 \pm 2,1$)

та ($184,6 \pm 3,1$) мс відповідно. Це свідчить про те, що у досліджуваних професійних групах прохідників і забійників страждають більш глибокі, підкоркові структури слухового аналізатора.

Відомо, що в модуляції «пізніх» компонентів P2 і N2 ДСВП приймають участь лімбічні структури мозку, які відіграють важливу роль в емоційній поведінці, є інтегруючою системою сприйняття подразнень через органи чуття і підтримують тонус кори великого мозку. Тому збільшення ЛПП компоненту P2 ДСВП у прохідників і забійників може свідчити про залучення глибоких, підкоркових відділів слухового аналізатора та лімбіко-ретикулярних структур головного мозку у таких робітників.

Отже, в усіх досліджуваних професійних групах вугільної промисловості був достовірно подовженим ЛПП N2 ДСВП порівняно з нормою, що свідчить про залучення в процес при дії шуму і коркових структур слухового аналізатора. Особливо вираженим таке залучення було у прохідників, що очевидно обумовлене дією на них більш інтенсивних рівнів шуму та вібрації на їх робочих місцях.

Слід також зазначити, що значення ЛПП компоненту N2 ДСВП в 1 групі достовірно відрізнялися не лише від контрольної, але і від груп 2 та 3, а ЛПП компоненту P2 ДСВП – від 3. Отже, у прохідників спостерігаються виражені зміни в коркових і підкоркових структурах слухового аналізатора, достовірно більш значні, ніж у інших досліджуваних професійних групах робітників вугільної промисловості, що, очевидно, обумовлюється особливостями гігієнічних умов їх праці.

Проведені дослідження показали доцільність оцінки стану коркового відділу слухового аналізатору за даними ДСВП у робітників вугільної промисловості. Отримані нами дані поглиблюють розуміння процесів, які відбуваються у центральних відділах слухового аналізатора при дії виробничого шуму і будуть сприяти підвищенню якості діагностики СНП шумового генезу у робітників вугільної промисловості та ефективності лікувально-профілактичних заходів у таких хворих.

СТАН СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АКУТРАВМУ У ПОРІВНЯННІ З РОБІТНИКАМИ “ШУМОВИХ” ПРОФЕСІЙ

Хронічному впливу промислового шуму на слухову систему робітників «шумових» професій присвячена велика кількість робіт. Значно менше дослідники приділяють увагу гострому впливу звуків великої інтенсивності (акутравмі). При цьому в механізмі ураження слухового аналізатора при акутравмі вирішальне значення має саме висока інтенсивність звукової хвилі, що суттєво відрізняє її від звичайного виробничого шуму. Однак, ця проблема останнім часом набуває значної актуальності.

Було обстежено 84 хворих з акутравмою віком від 19 до 50 років (1 група) та 15 робітників «шумових» виробництв з сенсоневральними порушеннями слуху шумового генезу (2 група) зі стажем роботи в шумі до 15 років. До аналізу не входили хворі, які перенесли нейроінфекцію, ЧМТ, а також ті, що мали судинні захворювання або контакт з радіацією. В якості контрольної групи обстежено 15 здорових нормальночуючих осіб.

За даними суб'єктивної аудіометрії в усіх досліджуваних хворих з акутравмою та робітників мало місце зниження слуху по типу звукосприйняття, про що свідчили позитивні досліді Бінга, Федерічі та відсутність кістково-повітряного інтервалу на аудіометричній кривій.

За нашими даними, у хворих на акутравму у 4,73% випадків порушення слухової функції було однобічним, а у 95,27% - двобічним, з яких у 97,5% випадків мало місце асиметричне, а у 2,5% - симетричне двобічне ураження. У робітників шумових професій зі стажем роботи в шумі до 15 років порушення слуху було двобічним, практично симетричним. Слід також зауважити, що після акутравми порушення слуху виникало майже раптово і надалі при відсутності лікування у багатьох хворих відбувалося прогресування зниження слухової функції. Переважно порушення тонального слуху стосувалися базальної та медіобазальної частини завитки – насамперед на тони в області частот 4-8 кГц. У працівників шумових виробництв зниження слуху розвивалося поволі, симетрично і охоплювало також область високих частот, але аудіометрична крива виглядала більш полого.

Порівняно з контрольною групою здорових нормальночуючих осіб у хворих з акутравмою має місце достовірне ($P<0,01$) підвищення порогів слуху на тони конвенціонального (0,125-8 кГц) діапазону частот, починаючи з 2 кГц. Так, в області 2 та 3 кГц у хворих з акутра-

вмою порог слуху склав ($18,8\pm 2,4$) та ($38,8\pm 2,3$) дБ. Найбільш підвищеними у хворих з акутравмою були пороги слуху на тони в області 4, 6 і 8 кГц, які відповідно становили ($54,9\pm 3,9$), ($53,7\pm 4,1$) та ($52,4\pm 3,6$) дБ та були достовірно ($P<0,01$) підвищені порівняно з нормою та 2 групою. Що стосується хворих 2 групи, то у них також спостерігалось підвищення порогів слуху на тони в області 4, 6 та 8 кГц, однак воно було менш вираженим і склало ($38,3\pm 1,9$), ($37,7\pm 2,8$) та ($38,1\pm 2,5$) дБ.

Отже, за нашими даними, в обох групах досліджуваних хворих, які піддавалися впливу шуму різного характеру та терміну дії, спостерігається найбільш виражене зниження слухової чутливості до тонів з частотою понад 4 кГц. Проте ступінь порушення слуху на тони був більш вираженим у хворих з акутравмою. На думку низки авторів, саме порушення слухової чутливості до тонів 4-8 кГц є ознакою “шумового” генезу сенсоневральних порушень слуху.

Ще більш виражені порушення слуху у хворих обох досліджуваних груп були виявлені нами до тонів у розширеному (9-16 кГц) діапазоні частот, причому у пацієнтів 1 групи вони були більш значними. Так, за даними височастотної аудіометрії у хворих з акутравмою спостерігається достовірне ($p<0,01$) підвищення порогів слуху на тони по всьому досліджуваному (9-16) кГц діапазону частот порівняно з нормою та групою робітників, найбільш виражене в області (12,5; 14 та 16 кГц), яке відповідно становило: ($67,4\pm 3,7$), ($70,3\pm 3,6$) та ($72,9\pm 3,4$) дБ. Слід також зазначити, що частина хворих з акутравмою в області розширеного діапазону частот тони не сприймали, тобто був «обрив», який найчастіше починався з частоти 10 кГц (30,95% випадків) та 9 кГц (у 29,8%).

За даними мовної аудіометрії пороги 50% розбірливості тесту числівників Є.М.Харшака та 100% розбірливості мовного тесту Г.И. Гринберга, Л.Р. Зиндера у всіх досліджених хворих були підвищеними. Причому, у хворих 1 групи спостерігаються більш виражені зміни порівняно з робітниками шумових виробництв. Так, поріг 100 % розбірливості мовного тесту в 1 групі дорівнював ($46,9\pm 2,2$), а в 2 – ($42,8\pm 0,9$) дБ. Крім того, у 16,7% хворих з акутравмою мало місце уповільнене зростання розбірливості мовного тесту при збільшенні інтенсивності. Серед обстежених нами робітників це зустрічалося у 13,3% випадків. Крім того, у 7,14% випа-

дків у хворих з акутравмою були виявлені явища парадоксального падіння розбірливості мовного тесту, а серед обстежених робітників не було жодного такого хворого.

У хворих обох груп достовірних відмінностей від норми у показниках ДП на частотах 0,5 та 2 кГц виявлено не було. Однак на частоті 4 кГц спостерігалось достовірне ($P < 0,01$) зниження ДП за методом Люшера до $(0,93 \pm 0,07)$ дБ у робітників шумових професій та до $(0,86 \pm 0,09)$ дБ у хворих з акутравмою. Зауважимо, що у хворих з акутравмою в 19,0% випадків спостерігалися відносно знижені, а в 8,3% -

зькі значення ДП, що свідчить про явища ФПЗГ у таких хворих. У робітників з 2 досліджуваної групи відносно низькі ДП мали місце в 13,3% випадків.

Таким чином, порушення слухової функції за даними суб'єктивної аудіометрії у хворих з акутравмою мають однакову спрямованість, як і у робітників шумових професій – при тривалому шумовому впливі. Однак, сенсоневральні порушення слуху при акутравмі розвиваються значно швидше і крім того, вони більш виражені, в тому числі за даними мовної та надпорогової аудіометрії.

© Т.А. Шидловська, Л.Г. Петрук, 2015

*Т.А. ШИДЛОВСЬКА, Т.В. ШИДЛОВСЬКА, М.С. КОЗАК, К.В. ОВСЯНИК,
Г.С. СЕРБІН (КИЇВ, УКРАЇНА)*

ПРО ХАРАКТЕР ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У РОБІТНИКІВ ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ З СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ

Шум і загальна низькочастотна вібрація, які часто перевищують допустимі рівні, до цього часу залишаються поширеними факторами виробничого середовища в різних галузях промисловості (Т.В. Шидловська та співавт., 1999, 2008, 2011, 2013; Ю.И. Кундієв и соавт., 2005, 2007; М.С. Козак. 2006; А.М. Яворовский и соавт., 2008; Т.А. Шидловская, Л.Г. Петрук. 2001, 2015; В.Б. Панкова, 2013 та інші). З даних літератури і результатів власних досліджень підтверджуються неслухові ефекти шуму. Отримано причинно-наслідкові та кількісні залежності «доза-ефект», які включають ауральні і екстраауральні порушення.

На думку ряду авторів, церебральна гемодинаміка дуже чутлива до шумового впливу (С.И. Купрієнко, 1992; Т.В. Шидловська та співавт. 2006, 2008 та інші). Все частіше в літературі з'являються повідомлення про те, що шум сприяє розвитку гіпертонічної хвороби і є причиною зростання загальної захворюваності робітників (Т.А. Шидловская, 2009, 2011; Т.В. Булацкая, 2011 та інші). Судинні реакції при цьому, як правело, неоднорідні.

Однак детальна характеристика стану судин головного мозку за даними реоенцефалографії (РЕГ) у взаємозв'язку із слуховими порушеннями шумового генезу ще не досить вивчена. В той же час спираючись на багаторічні дослідження хворих з краніовертебральною патологією С.Т. Ветриле, С.В. Колесов (2007) відзначають ефективність РЕГ в оцінці об'ємних змін

пульсового кровонаповнення, тону судинної стінки та ступінь компенсації судинного русла. При цьому реєструється наявність або відсутність дисфункції венозного тону, утруднення венозного відтоку із порожнини черепа.

Е.В. Ходякова, Н.А. Шульга (2010) акцентують увагу на тому, що РЕГ – безкровний неінвазивний метод дослідження мозкового кровообігу, який ґрунтується на реєстрації біологічного імпедансу тканин та змінюється пропорційно пульсовому кровонаповненню органу.

Завданням нашої роботи було дослідження кількісних та якісних показників реоенцефалографії в різних професійних групах робітників вугільної промисловості з СНП, а також у здорових нормально чуючих осіб, які не мали контакту з шумом чи радіацією і не страждали судинними захворюваннями та провести порівняльний їх аналіз.

Для вирішення поставленого завдання нами була проведена реоенцефалографія 50 робітникам вугільної промисловості, у яких за даними результатів суб'єктивної і об'єктивної аудіометрії була діагностована професійна сенсоневральна приглухуватість (ПСНП). Першу групу склали прохідники, другу – забійники, а третю – гірничі робітники очисного вибою (ГРОВ). Контролем слугували 15 здорових нормально чуючих осіб, які не мали контакту з шумом і вібрацією, а також не страждали судинними захворюваннями. Всього нами було обстежено і проаналізовано 65 реоенцефалограм.

Стан мозкового кровообігу оцінювали за даними реоенцефалографії. Обстеження проводили за допомогою комп'ютерного реографа фірми "DX-системи" (Україна). Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за загально прийнятими методами математичної статистики із застосуванням персонального комп'ютера.

За даними як суб'єктивної, так і об'єктивної аудіометрії виявлено порушення слухової функції, як в периферійному, так і в центральних (стовбуромозковому та корковому) відділах слухового аналізатора.

При візуальному аналізі РЕГ-кривих у осіб контрольної групи верхівка хвилі мала гостру вершину. На низхідній катакrotичній частині РЕГ-кривої відмічалась переважно одна додаткова хвиля і інцизура, яка розміщувалася на межі верхньої і середньої третини катакrotичної частини РЕГ-кривої. В усіх досліджуваних робітників з СНП уже при якісній оцінці РЕГ спостерігалось підвищення тону мозкових судин та утруднення венозного відтоку як в каротидній, так і, особливо, в вертебрально-базиллярній системі. При цьому РЕГ-крива мала горбо- або аркоподібну форму, що свідчило про підвищення тону мозкових судин та утруднення венозного відтоку у досліджуваних робітників вугільної промисловості з професійною сенсоневральною приглухуватістю. До того ж, у вертебрально-базиллярній системі спостерігалось і зниження пульсового кровонаповнення, про що свідчило зниження реографічного індексу (Pi), який був знижений у вертебрально-базиллярній системі в усіх досліджуваних групах, але найбільше у прохідників. В каротидній системі пульсове кровонаповнення знаходилось в межах норми в усіх професійних групах досліджуваних робітників вугільної промисловості з наявністю ПСНП.

Крім того, у 84,7 % випадків мав місце спазм мозкових судин, що проявлялось наявністю «плато» на верхівці РЕГ-кривої, та більш випуклою катакrotотою, у прохідників в каротидній системі та у 92,4 % - у вертебрально-базиллярній. Дещо менш часто спазм мозкових судин спостерігався у забійників: 75,8 % в каротидній системі та 80,9 % у вертебрально-базиллярній. Ще менш частіше ангіоспазм виявлено у робітників ГРОВ: 71,6 % в каротидній системі та 78,2 % у вертебрально-базиллярній. Цим, очевидно, можна пояснити і наявність скарг у досліджуваних робітників вугільної промисловості на головні болі, запаморочення, тяжкість в області потилиці тощо.

Найбільш виражені порушення церебральної гемодинаміки реєструвались у прохідників порівняно не тільки з контрольною групою, але і

з групами забійників та ГРОВ. Так, в каротидній системі у прохідників при порівнянні з робітниками ГРОВ відмічалось достовірне збільшення кількісних показників ДСІ на 5,56 % ($t=2,15$; $P<0,05$), а в вертебрально-базиллярній ДСІ – на 8,08 % ($t=3,22$; $P<0,01$) і Pi на 0,19 ($t=3,35$; $P<0,01$) в каротидній системі. Все це свідчить відповідно про утруднення венозного відтоку в каротидній та вертебрально-базиллярній системах, а також зниження пульсового кровонаповнення в вертебрально-базиллярній системі. Спостерігалось також достовірне збільшення ДСІ на 6,46 % ($t=3,83$; $P<0,01$) і 7,09 % ($t=3,22$; $P<0,01$) в каротидній та вертебрально-базиллярній системах відповідно у забійників при порівнянні з показниками отриманими у робітників ГРОВ. При порівнянні між собою кількісних РЕГ-показників отриманих у прохідників та забійників відмічається тенденція до більш вираженого утруднення венозного відтоку і підвищення тону мозкових судин у хворих I групи, що відбивається в каротидній системі збільшенням ДКІ на 2,09% ($t=0,98$; $P>0,05$), ДСІ на 0,09% ($t=0,40$; $P>0,05$), а в вертебрально-базиллярній системі – ДКІ на 0,69% ($t=0,37$; $P>0,05$) і ДСІ на 0,99% ($t=0,50$; $P>0,05$) відповідно.

Результати проведених досліджень про стан церебральної гемодинаміки свідчать про значні зміни в судинах головного мозку, особливо в вертебрально-базиллярній системі, в усіх досліджуваних професійних групах вугільної промисловості. При цьому, найбільш виражені зміни спостерігалися у прохідників, менш виражені у забійників і ще менші - робітників ГРОВ. Це, очевидно, можна пояснити гігієнічними умовами праці, зокрема дією шуму та вібрації. Так, шумове навантаження на робочих місцях прохідників, забійників, робітників ГРОВ відповідно становило: $(93,6\pm4,9)$ дБ, $(92,9\pm5,5)$ дБ та $(86,50\pm6,04)$ дБ.

Отримані дані сприяють розкриттю механізмів розвитку СНП у робітників різних професійних груп вугільної промисловості та цілеспрямованому обґрунтуванню лікувально-профілактичних заходів. До того ж, із зростанням гемодинамічних церебральних порушень як в каротидній так і в вертебрально-базиллярній системах збільшувалися і слухові порушення в усіх відділах слухового аналізатора.

Якісні та кількісні показники реоенцефалографії в каротидній і, особливо, вертебрально-базиллярній системах можуть слугувати об'єктивними критеріями при лікуванні робітників з СНП різних професійних груп вугільної промисловості, визначені тяжкості перебігу захворювання та вирішенні питань медичної експертизи працездатності.

ПОКАЗНИКИ ОТОАКУСТИЧНОЇ ЕМІСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЧАТКОВОЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТИСТЮ

Відомо, що нормальне функціонування органу слуху має вирішальне значення для загального розвитку людини, оскільки слуховий аналізатор є одним із основних каналів, по якому людина одержує інформацію щодо навколишнього середовища, а згідно статистичних даних сьогодні відхилення слуху від норми спостерігаються у кожного десятого жителя планети. І надалі частота сенсоневральної приглухуватості на жаль не зменшується, що обумовлено в першу чергу високим рівнем шуму, ускладненнями після вірусних захворювань, застосуванням ототоксичних антибіотиків, внаслідок загального підвищення радіаційного фону, спадкових захворювань, в результаті травм та природного старіння, ускладненого серцево-судинними захворюваннями та ін. Особливе місце у діагностиці стану слухового аналізатора займають об'єктивні методи дослідження.

В багатьох роботах (В.Л. Фридман, 2006; Г.А. Таваркиладзе, 2003; Т.Г. Гвелесиани, 2003; А.Н. Храбриков, 2008 та ін.) показана роль отоакустичної емісії при діагностиці слухових уражень в ранні терміни. При цьому А.Н. Храбриков (2009) зазначає, що єдиним ефективним методом профілактики сенсоневральної приглухуватості є зменшення впливу етіологічних факторів на слуховий аналізатор. Однак, це можливо досить рідко, тому перше місце в плані профілактики СНП займає рання її діагностика.

Мета даної роботи – дослідження показників отоакустичної емісії у працівників "шумових" професій з нормальним слухом та початковою сенсоневральною приглухуватістю (СНП), а також у здорових нормальнослухуючих осіб, які не мали контакту з шумом чи радіацією і не страждали судинними захворюваннями та провести їх порівняльний аналіз. Для досягнення поставленої мети були проведені бінауральні обстеження 30 працівників "шумових" професій. Хворі розподілені на 2 групи (відповідно по 15 чоловік).

Попередньо було проведено дослідження слухової функції в конвенціональному (0,125-8) кГц діапазоні частот та розширеному (9-16) кГц за допомогою клінічного аудіометра АС-40 фірми "Interacoustics" (Данія).

Всім хворим була проведена ОАЕ. Для реєстрації ОАЕ використовували зонд об'єктивного аудіометра "Eclipse" (Данія). Реєстрацію проводили в полосі частот 1-6 кГц. У вухо подавалось дві тональні посилки частотою

F1 і F2, інтенсивність стимулів становила 70 дБ, виникала частота $F3=2F1-F2$. Відповідь вважалась позитивною, коли відповідність сигнал/шум була більше або дорівнювала 3 дБ. Аналізу піддавались тональні пороги на частотах (1, 2, 4 і 6) кГц. Якісною характеристикою слугувала спектральна характеристика отриманої акустичної відповіді.

Спектральний аналіз відповіді DPOAE показує, що у пацієнтів 1 групи, де порушення слуху стосувалося лише області розширеного (9-16) кГц діапазону частот, реєструється у 60 % отоакустична емісія по всьому частотному спектру.

У 40 % обстежених 2 групи, де порушення слуху по типу звукосприйняття мало місце, як в розширеному (9-16) кГц, так і в конвенціональному (0,125-8) кГц реєструвався частково позитивний тест, тобто лише в одній або двох з частотних смуг відзначається адекватна відповідь.

Що ж стосується 2 групи, то у 66,6 % реєструвався частково позитивний тест, а у всіх інших відповідь була повністю відсутня на всіх частотних смугах. У таких випадках повинні бути проведені додаткові дослідження. Слід також зазначити, що амплітуда емісії була знижена у пацієнтів 2 групи по всьому частотному спектру порівняно з даними показниками отоакустичної емісії 2 групи.

Зниження амплітуди акустичної відповіді ОАЕ, особливо в зоні частот 4 та 6 кГц у пацієнтів „шумових” професій є об'єктивною і ранньою ознакою дії шуму на слуховий аналізатор.

Виявлена достовірна різниця між показниками отоакустичної емісії обстежених груп в області частот 4 кГц та 6 кГц показує, що показники отоакустичної емісії 2 групи менші за амплітудою. Реєстрація частково позитивного тесту, або відсутність реєстрації отоакустичної емісії вказує на дисфункцію завитки. Найбільш виражені такі показники спостерігаються у пацієнтів 2 групи, які мали зниження слуху в конвенціональному і розширеному діапазонах частот.

Отже, проведені нами дослідження об'єктивно відображають функціональний стан завитки в ранні терміни. Виявлені зміни в проведених обстеженнях за допомогою методу реєстрації отоакустичної емісії у обстежених групах осіб „шумових” професій мають надзвичайно важливе значення для раннього виявлення порушень слуху, що в свою чергу сприяє своєчасному проведень лікувально-профілактичних заходів, тим самим попереджуючи розвиток СНП.

*О.М. ШКОЛЬНА, Т.А. ПИТАК, В.В. НІКОЛОВ, А.В. ХАБАРОВ, О.М. ЧАЙКОВСЬКА,
М.І. ГЕРАСИМЮК, І.Я. ВІВЧАР (КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ, КОПИЧИНЦІ; УКРАЇНА)*

ПРЕПАРАТ АКСЕФ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДІТЕЙ

Для лікування гострого середнього гнійного отиту запропоновано велику кількість різних середників загальної і місцевої дії в залежності від стадії захворювання. Одним з препаратів загальної дії є цефалоспориновий антибіотик II покоління Аксеф. В інструкції по цьому препарату зазначається висока його ефективність при багатьох інфекційно-запальних захворюваннях організму. Даний препарат з'явився на фармацевтичному ринку України в останні роки. Міжнародна назва цього препарату цефуроксим. Ми застосували препарат Аксеф для лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей. Під нашим спостереженням за період з 2010 по 2013 рр. знаходилось 20 дітей на гострий середній гнійний отит віком від 14 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: основну і контрольну. В основну групу входило 10 дітей, в контрольну – також 10. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Дітям основної групи призначали Аксеф і загальноприйняте лікування. Діти контрольної групи отримували тільки загальноприйняте лікування. Аксеф призначався в таблетках згідно інструкції по 250 мг на добу після їжі. Лікування проводилось протягом 7 днів. В комплексне лікування входили карболглицеринові краплі у зовнішній слуховий хід (протягом 3 днів) та судинозвужувальні краплі в ніс.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на закладання вуха, вплив на шум у вусі, вплив на погіршення слуху, вплив на біль у вусі (на 5-6-й день лікування), отоскопічна картина (стан барабанної перетинки), показники температури тіла,

показники тональної аудіометрії). При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів отиту у дітей основної групи. Так, всі діти з цієї групи відзначали зникнення закладання у вусі, зникнення шуму у вусі, покращення слуху, 90 % - зникнення, 10 % - зменшення болю у вусі (на 4-5-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Покращення отоскопічної картини відмічено на 4-5-й день лікування у 90 % дітей. Гіперемія барабанної перетинки у них була відсутня. В контрольній групі покращення отоскопічної картини відмічалось на 4-5-й день лікування у 80 % дітей. Температура тіла на 4-5-й день лікування нормалізувалась у всіх дітей основної групи. В контрольній групі нормалізація температури тіла на 4-5-й день лікування настала у 80 % дітей. Зменшення кістково-повітряного інтервалу на тональній аудіограмі на 4-5-й день лікування настало у 90 % дітей основної групи; в контрольній групі зменшення кістково-повітряного інтервалу на тональній аудіограмі відмічалось у 80 % дітей. Стерпність препарату Аксеф у всіх дітей була доброю, алергічних реакцій та інших небажаних ефектів не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування препарату Аксеф в лікуванні дітей на гострий середній гнійний отит в доперфоративній стадії підвищує ефективність терапії дітей з даною патологією. На підставі отриманих даних можна рекомендувати препарат Аксеф для лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей як антимікробний засіб. Аксеф може поповнити арсенал засобів загальної дії, що використовуються в терапії гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей.

© О.М. Школьна, Т.А. Питак, В.В. Ніколов, А.В. Хабаров, О.М. Чайковська, М.І. Герасимюк, І.Я. Вівчар, 2015

*О.М. ШКОЛЬНА, О.І. ЯШАН, І.А. ГАВУРА, В.В. НІКОЛОВ, О.М. ЧАЙКОВСЬКА,
Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ, І.В. ШЕВАГА (КИЇВ, ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ,
КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ; УКРАЇНА)*

ДЕФОРМАЦІЯ ЗАДНІХ ВІДДІЛІВ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ СЕРЕДНІЙ ГНІЙНИЙ ОТИТ

Викривлення перегородки носа, гребені і шпичаки на ній несприятливо впливають на

стан слухової труби, порушуючи її дренажну, вентиляційну функції, що погіршує результати

слухопокращуючих операцій у хворих на хронічний середній гнійний отит. Вплив деформації перегородки носа на перебіг хронічного середнього гнійного отиту вивчалось в загальному, без диференціації деформації в передніх, середніх і задніх відділах. Цілеспрямованих досліджень з питання впливу деформації задніх відділів перегородки носа на перебіг хронічного середнього гнійного отиту в доступній літературі ми не зустріли. Враховуючи цю обставину, в даній роботі ми поставили мету: 1) визначити частоту деформації задніх відділів перегородки носа у хворих на хронічний середній гнійний отит; 2) визначити частоту деформації задніх відділів перегородки носа у людей без хронічного гнійного запалення середнього вуха; 3) визначити вплив деформації задніх відділів перегородки носа на перебіг хронічного середнього гнійного отиту; 4) розробити класифікацію деформації задніх відділів перегородки носа. У осіб вказаної групи ретельно обстежували порожнину носа і носову частину горла. Особливу увагу звертали на стан задніх відділів перегородки носа, деформація яких має велике значення в патології слухової труби і середнього вуха. Проводили звичайну отоскопію, передню і задню риноскопію, огляд вуха і порожнини носа під операційним мікроскопом. Ми надаємо даному методу дослідження велике значення. За допомогою операційного мікроскопа вдається виявити зміни, які не можна побачити неозброєним оком. Крім того, проводили отоскопію, передню і задню риноскопію дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ. Перевага даного методу дослідження в тому, що відповідає необхідність в лобному рефлекторі і джерелі світла, можна добре оглянути вухо, носову порожнину, перегородку носа, носову частину горла. Спеціальні дослідження включали визначення функцій носа, прохідності слухових труб, дослідження слухової функції.

Ми надаємо велике значення деформації задніх відділів перегородки носа в патології середнього вуха. Досвід нашої клініки показує, що навіть невеликі деформації задніх відділів перегородки носа у хворих на хронічне гнійне запалення середнього вуха негативно впливають на його перебіг і погіршують результати тимпанопластики. За наявності подібної перешкоди змінюється фізіологічна скерованість струменю повітря під час дихання, порушуються фізіологічні умови в носовій частині горла, а, отже, і в ділянці горлових вічок слухових труб, і, крім того, це веде до різних порушень рефлекторного характеру. Тому викривлення перегородки носа в задніх відділах, гребені і шпичаки на ній, навіть незначні, що не супроводжуються помітним

порушенням носового дихання, перед тимпанопластиком підлягають усуненню. Така тактика виправдовує себе у всіх випадках патології середнього вуха, особливо при наглій отореї слизового чи слизово-гнійного характеру у хворих на мезотимпаніт з супутнім тубоотитом.

Виявлену деформацію задніх відділів перегородки носа у хворих на хронічний середній гнійний отит і у осіб без хронічного гнійного запалення середнього вуха ми пропонуємо класифікувати наступним чином.

I. За характером патологічних змін: 1) деформація задніх відділів перегородки носа: а) викривлення; б) гребені; в) шпичаки.

II. За ступенем патологічних змін: а) I ступінь – деформація задніх відділів перегородки носа перекриває просвіт носової порожнини на $\frac{1}{3}$; б) II ступінь – деформація задніх відділів перегородки носа перекриває наполовину просвіт носової порожнини; в) III ступінь – деформація задніх відділів перегородки носа перекриває просвіт носової порожнини більше ніж наполовину чи дотикається до латеральної стінки носової порожнини.

Деформацію задніх відділів перегородки носа виявляють за допомогою передньої риноскопії. В ряді випадків при цьому дослідженні не вдається виявити деформацію задніх відділів перегородки носа. Тому необхідно попередньо провести анемізацію слизової оболонки носової порожнини, після чого задні відділи перегородки носа стають добро видні.

Для виявлення частоти деформації задніх відділів перегородки носа ми обстежили 52 хворих на хронічний середній гнійний отит віком від 16 до 62 років. З них у 8 осіб знайдена деформація задніх відділів перегородки носа (у 6 гребені, у 2 шпичаки). Деформація задніх відділів перегородки носа (шпичак) II ступеню виявлена у 2 осіб, III ступеню – у 6. Крім того, нами обстежено 100 людей віком від 20 до 50 років без хронічного середнього гнійного отиту на предмет виявлення частоти деформації задніх відділів перегородки носа. При цьому встановлено, що у 4 осіб знайдені шпичаки в ділянці задніх відділів перегородки носа. Таким чином, деформація задніх відділів перегородки носа у хворих на хронічне гнійне запалення середнього вуха зустрічається в 2 рази частіше, ніж у осіб без хронічного середнього гнійного отиту.

Нами вивчено вплив деформації задніх відділів перегородки носа на перебіг хронічного гнійного запалення середнього вуха. З цією метою проаналізовані дані про 10 хворих на деформацію задніх відділів перегородки носа (гребінь, шпичак) віком від 16 до 53 років, які страждали на хронічний середній гнійний отит. Се-

ред 10 хворих на деформацію задніх відділів перегородки носа гребінь III ступеню був у 2 пацієнтів, шпичак I ступеню виявлений у 1 хворого, II ступеню – у 3, III ступеню – у 4 хворих. Утруднення носового дихання різного ступеню знайдено у 7 хворих. У 1 пацієнта хірургічне втручання на перегородці носа виконано з метою покращення прохідності слухових труб перед тимпанопластикою. У нього носове дихання суттєво не було порушене. III ступінь прохідності слухових труб мала місце в 5 спостереженнях, II – в 2, I – в 1 спостереженні. Більшість із обстежених хворих страждала різко вираженою приглухуватістю. У 6 пацієнтів підвищення порогів слуху через повітряну провідність в зоні мовних частот (125-2000Гц) було більше 50 дБ, у 2 хворих зниження слуху через кісткову провідність перевищувало 20дБ. Операції на задніх відділах перегородки носа (усунення гребенів, шпичаків) виконані у 10 хворих. Перед операцією проводилась премедикація. З цією метою

вводили 1 мл 1% розчину промедолу і 1 мл 0,1% розчину солянокислого атропіну. Слизову оболонку носової порожнини змащували 2% розчином дикаїну з адреналіном 1:1000 і проводили інфільтраційну анестезію 1% розчином новокаїну. Хірургічні втручання по усуненню деформацій задніх відділів перегородки носа позитивно вплинули на перебіг хронічного середнього гнійного отиту: у 7 хворих припинилась і у 3 зменшилась гноєтеча з вуха.

Таким чином, деформація задніх відділів перегородки носа виявлена у 8 із 52 хворих на хронічний середній гнійний отит. У пацієнтів на хронічний середній гнійний отит деформація задніх відділів перегородки носа зустрічається в 2 рази частіше, ніж у осіб без цієї патології середнього вуха. Хірургічні втручання по усуненню деформації задніх відділів перегородки носа у хворих на хронічний середній гнійний отит призводять до ліквідації чи зменшення гноєтечі з вуха.

© О.М. Школьна, О.І. Яшан, І.А. Гавура, В.В. Ніколов, О.М. Чайковська, Т.В. Чортківський, І.В. Шевага, 2015

EMILIA KARCHIER, KAZIMIERZ NIEMCZYK (WARSAW, POLAND)

APPLICATION OF ENDOSCOPY IN CANAL WALL-UP TYMPANOPLASTY WITH POSTERIOR TYMPANOTOMY

Chronic otitis media is a relatively rare disease with many years of course, usually leading to permanent conductive hearing loss that requires surgery, because – in some types – threatening intracranial or intratemporal complications. The aim of this study was to assess the use of endoscopy in the treatment of chronic otitis media as a complementary visualization tool.

Aims. The first aim of the study was the comparison of the visibility of the tympanic cavity in micro- and endoscopic optics. At this stage of the study was used a visual-analogue scale of visualization the particular elements of the middle ear with intraoperative recordings. The second part of the study was an attempt to objectify the results by comparing the reduction of air-bone gap in patients treated in microscope optics only with the group treated with additional use of the endoscope.

In the first part of the study intraoperative recordings of fifty-five patients were compared from micro- and endoscopic camera. In any case, the visibility of five elements: the anterior epitympanum recess, sinus tympani, footplate, myringoplasty and ossiculoplasty were assessed in the subjective visu-

al analogue scale from 1 to 3 or from 1 to 5 depending on the evaluated area.

In the second part of the study were included eighty patients to the study group and a hundred eighty six patients to the control group. All patients underwent closed tympanoplasty with posterior tympanotomy in optics of microscope. In study group there were used an endoscope as an additional tool of visualization. An average pre- and post-operative air-bone gap were compared in both groups.

This study showed that the visibility of individual elements of the tympanic cavity through the posterior tympanotomy in endoscopic optics is significantly better than in microscopical optics only, but the reduction of air-bone gap was not statistically significant in the compared groups.

Conducted study leads to the conclusion that the endoscopy improves the visibility of individual elements of the middle ear through the posterior tympanotomy during closed tympanoplasty, however its use does not affect significantly for the audiometric results in the postoperative period.

© Emilia Karchier, Kazimierz Niemczyk, 2015

INVESTIGATION THE RELATIONS BETWEEN TUMOR SIZE AND ABR VARIABLES

The acoustic neuroma, also known as vestibular schwannoma, or an acoustic neuroma, is a nonmalignant tumor of the 8th cranial nerve. Acoustic neuromas comprise about 6% of all intracranial tumors, about 30% of brainstem tumors, and about 85% of tumors in the region of the cerebello-pontine angle (Barbara Jamróz, 2013). Only about one out of 1,000 patients with hearing asymmetry has acoustic neuroma. Acoustic neuromas are sometimes identified in asymptomatic patients on radiological exams for other reasons and may be identified in up to 0.02% incidentally (Yuri Agrawal, 2010). Symptoms might develop at any age but usually occur between the ages of 30 and 60 years. Progressive, high-frequency unilateral or asymmetric sensorineural hearing loss is the most common symptom of acoustic neuromas. The most useful and accurate audiological test for acoustic neuromas remains the auditory brainstem response (ABR). The prerequisite for this test is hearing function sufficient to generate an adequate ABR. The test uses computer averaging over time to filter background noise to generate an electroencephalogram created by the response of the auditory pathway to an auditory stimulus.

The aim of this study was comparing the results of ABRs and stadium of the acoustic neuroma.

MATERIALS AND METHODS.

This article was based on analyze of the clinical data of 97 patients with acoustic neuroma confirmed by MRI. They was treated and observed on the Clinic of Otolaryngology Warsaw National Medical University from 2010-2014. We divided patients in to the 3 groups depending on the stage of the tumor. In this study was used the classification of Koos's and Perneczky. Among them: 1 group (44 patients) - I stadium; 2 group (35 patients) – II stadium; 3 group (18 patients) – III stadium. The latencies of wave V and interval I-V and III-V were evaluated. Audio Evoked Potential Tester (EPTest, Pracownia Elektroniki Medycznej, Warsaw) was used to measure the latencies of different ABR components. Recordings were performed with rec-

tangular electric clicks via an insert earphone (int. 90 dB; frequency rate 11.0/27.0/s; sweep, dur. 100.0 μ s; t. 37.00 ms) with a digital low filter at 2000 Hz and a digital high filter at 200 Hz. The ABR was recorded with a one-channel system. The ABR responses of groups of patients were retrospectively considered and compared.

RESULTS.

Patients of the first group comprised of 44 patients with unilateral or prevalently unilateral sensorineural hearing loss. The mean pure tone threshold at this group was 36,9 (\pm 19,7)dB. As a result of ABR, it was noted that 18 cases (40,91%) waves were not detected. Wave V was recorded in 24 cases (54,55%). Only in 12 (27,27%) cases ABR were positive and demonstrate sensitivity for retrocochlear pathology. Of these, the average latency of wave V were 5,81 (\pm 0,65) ms, interval III-V were 1,86 (\pm 0,38) ms, interval I-V – 4,65 (\pm 0,66) ms. The second group consisted of the 35 patients. The mean pure tone threshold was 41,6 (\pm 18,3)dB. In 55,56 % of the cases (10 patients) waves were not detected, In 14 cases (40%) wave 5 were visualized. And in 27,78 % (5 cases) ABR were positive, mean latency of wave V was 5,83 (\pm 0,53) ms, interval I-V - 4,33 (\pm 0,6)ms, interval III-V – 2,16 (\pm 0,62)ms. The third group was the smallest one and consists of the 18 patients. The mean pure tone threshold was 51,1 (\pm 15,5)dB. In 7 cases (38,89%) were noted wave V, in 55,56 % of cases (10 patients) waves were not detected, in 5 cases (27,78%) ABR were positive and demonstrate retrocochlear pathology. Amount them latency of wave V was 5,56 (\pm 0,71) ms, interval III-V – 2,29 (\pm 0,72)ms and interval I-V – 4,08 (\pm 0,68) ms.

CONCLUSIONS

Changing of ABR waves form were detected in all tumors;

Report significant changes of ABR in big tumors;

This date confirm usefulness of acoustic neuromas screening by ABR.

EXTENDED MIDDLE FOSSA APPROACH IN TREATMENT OF ACOUSTIC TUMORS IN STAGE T2 – PRESERVATION OF NEUROLOGICAL FUNCTIONS

Introduction

Between six and ten percent of brain tumors are located in the cerebello-pontine angle. Most of them are vestibular schwannomas (80% - 90%) [1,2]. Most common symptoms are: unilateral hearing loss, sudden hearing loss, tinnitus, disequilibrium, vertigo, facial nerve or trigeminal nerve dysfunction and headache [3,4,5,6]. Diagnostic procedure consist on ENT, audiological (pure ton audiometry, word recognize score, auditory brainstem response) and radiological (CT of temporal bone and posterior fossa MRI) examination [2,3,4,7,8,9].

According to the National Institute of Health Consensus Development Conference gadolinium MRI is a “gold standard” during diagnostic process and surgery is the best treatment option [10]. There are three possible approaches: middle fossa approach, retrosigmoid approach and translabyrinth approach. The aim of tumor treatment is currently defined as not only its total removal but also as a good preservation of patient’s neurological functions after surgery, hence the importance of extended middle fossa approach (EMFA), which provides the best possibility of preserving hearing and facial nerve functions in comparison to two others [3, 4, 11, 12].

Materials and Methods

The study group consisted of 60 patients (60 cases of tumor), operated via EMFA in ENT Department of Warsaw Medical University in years 2012-2015. There were 41 women and 19 men. Two patients suffered from neurofibromatosis type 2. The patients’ average age was 46.1 (16 to 67 year). According to Koos-Perneckzy Classification 59 tumors was in T2 stadium (< 2cm) and 1 tumor in T3 stadium (2-3 cm).

The patients were examined in accordance with the unified study protocol, which consisted of: patient’s medical history; ENT examination; results of pre- and postoperative audiological examination (PTA, WRS, ABR, ENG); and intraoperative data.

For facial nerve evaluation House-Brackmann Scale was applied. For audiological examination Nordstadt [13, 14] and AAO-HNS Classifications [44] were applied. For quality of life WHOQOL-BREF Test was applied [15].

Hearing preservation (class A and B) was defined using American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery Classification. Hearing preservation was stated in 43.6% (26/60) of patients. There was statistically significant correlation observed between better treatment results and absence of tumor adhesion to cochlear nerve. We ob-

served tendency to gain better postoperative audiological results when patients were under intraoperative hearing monitoring (55% versus 45%). We used electrocochleography (ECoG) and auditory brainstem response (ABR). Hearing monitoring has been routine procedure during acoustic neuroma surgery since 2005.

Early Preservation of facial nerve function (grade I and II in House-Brackmann Scale) among patients in T2 stadium achieve 66.6% of patients. There was also tendency observed to gain better results when patients were under intraoperative monitoring of Nerve VII function (76.7% versus 60.7%). 90% of patients under 30 had good facial function after surgery - 72% of patients between 31 and 50 year old and 67.8% for over 50.

In individual cases we observed some complications: CSF leak (2 patient), treated by 7 days lumbar drainage or reintervention. Gramm minus bacterial meningitis occurred in (1 patient) – neurological dysfunction appeared six days after operation, treated by antibiotic; corneal ulceration (2 patients); ischialgia (1 patient); wound bleeding (1 patient) – during revision operation surgeon closed temporal superficial vessels; temporal aphasia was stated in 1 patient).

For the assessment of postoperative quality of life the WHOQOL-BREF questionnaire was applied. Only 64% of patients agreed to meeting with psychologist and answered for questions about their quality of life. WHOQOL-BREF questionnaire examines four sphere of life: physical health, psychological, environment and social relationship. Persons with facial nerve function preserved have better quality of life in physical and social sphere dimension, while patients with hearing preserved enjoy higher psychological quality of life.

Discussion

Postoperative facial palsy and hearing loss are two of the serious problems in acoustic neuroma surgery and its prognostic factors have been variously reported in literature. From our data, tumor morphology (absence of adhesion to cochlear nerve has statistically significant influence on hearing preservation. Only Wiet et al [16] reported that tumor adhesion to vessels and cochlear nerve is connected with worse hearing results. Other authors [17] took this problem under consideration in cases of reoperation or operation after earlier radiotherapy. Yagesh et al [18] reported that also small tumors could damaged facial nerve structure.

Normal facial function play very important role for quality of life after surgery. Deafness had smaller

influence for quality of life. Also Ryzenman'a et al [26] in their meta-analysis reported, that for majority of patients facial asymmetry and problems with eyes were most important. Similar results reported Cross et al [27] and Guntinas-Lichius et al [28].

Conclusions

- EMFA enable removal of acoustic neuroma with good functional results
- Tumor morphology (absence of adhesion to

cochlear nerve) has statistically significant influence on hearing preservation. Other important factors were: intraoperative monitoring, age (under 31 year for VII nerve function)

- Facial nerve dysfunction and hearing loss undermine psychological quality of life.
- In patients' eyes the facial nerve dysfunction has, however, more influence on quality of life than deafness.

References:

1. Tos M, Charabi S, Thomson J. Clinical experience with vestibular schwannomas: epidemiology, symptomatology, diagnosis, and surgical results. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998, 255: 1-6.
2. Brackmann D, Arriaga M. Differential diagnosis of neoplasms of the posterior fossa. W: Cummings Ch. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. Vol. 4 Ear and cranial base. Mosby Year Book 1993, 3271-3291.
3. Ho SY, Kveton JF. Acoustic neuroma: assessment and management. *Otolaryngol Clin N Am* 2002, 35: 393-404.
4. Niemczyk K. Guzy nerwu przedstonkowosłimkowego. In: Janczewski G. *Otolaryngologia praktyczna*. Viamedica 2005, 142-150
5. Malhotra PS, Sharma P, Fishman MA, Grumbine FL, Tholey R, Dam VQ et al. Clinical, radiographic, and audiometric predictors in conservative management of vestibular schwannoma. *Otol Neurotol* 2009, 30: 507-514.
6. Selesnick SH, Jackler RK, Pitts LW. The changing clinical presentation of acoustic tumor in the MRI era. *Laryngoscope* 1993, 103: 431-436.
7. Clemis JD, McGee T. Brain stem electric response audiometry in the differential diagnosis of acoustic tumors. *Laryngoscope* 1979, LXXXIX, 1: 31-77.
8. Kochanek K, Janczewski G, Skarżyński H, Zakrzewska-Pnińska B, Marchel A, Grzanka A i wsp. Ocena wielkości maskowania poprzedzającego słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu w uszach normalnych oraz w ubytkach słuchu typu pozasłimkowego. *Audiofonologia* 1997, Tom XI: 101-112.
9. Wilms G, Plets C, Goossens L, Goffin J, Vanwambeke K. The radiological differentiation of acoustic neuroma and meningioma occurring together in the cerebellopontine angle. *Neurosurg* 1992, 30(3): 443-445.
10. Roswell E, Parry D. Summary: Vestibular Schwannoma (acoustic neuroma) Consensus Development Conference. *Neurosurg* 1992, 30(6): 962-964.
11. Colletti V, Fiorino F. Is the middle fossa approach the treatment of choice for intracanalicular vestibular schwannoma? *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2005, 132: 459-66.
12. Bennet M, Haynes D. Surgical approaches and complications in the removal of vestibular schwannomas. *Otolaryngol Clin N Am* 2007, 40: 589-609.
13. Matthies C, Samii M. Management of vestibular schwannomas (acoustic neuromas): the value of neurophysiology for evaluation and prediction of auditory function in 420 cases. *Neurosurg* 1997, 40(5): 919-930.
14. Samii M, Matthies C. Management of 1000 vestibular schwannomas (acoustic neuromas): hearing function in 1000 tumor resections. *Neurosurg* 1997, 40(2): 248-262.
15. WHOQOL-BREF Test available at: www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en
16. Wiet RJ, Mamikoglu B, Odom L, Hoistad DL. Long-term results of the first 500 cases of acoustic neuroma surgery. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2001, 124: 645-51.
17. Fenton JE, Chin RY, Fagan PA, Sterkers O, Sterkers JM. Predictive factors of long-term facial function after vestibular schwannoma surgery. *Otol Neurotol* 2002, 22: 388-392.
18. Yogesh J, Falcioni M, Agarwal M, Taibah A, Sanna M. Total facial paralysis after vestibular schwannoma surgery: probability of regaining function. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004, 113: 706-710.
19. Staecker H, Nadol JB, Ojeman R, Ronner S, McKenna MJ. Hearing preservation in acoustic neuroma surgery: middle fossa versus retrosigmoid approach. *Am J Otol* 2000, 21: 399-404.
20. Irving RM, Jackler RK, Pitts LH. Hearing preservation in patients undergoing vestibular schwannoma surgery: comparison of middle fossa and retrosigmoid approaches. *J Neurosurg* 1998, 88: 840-845.
21. Sanna M, Khrais T, Russo A, Piccirillo E, Augurio A. Hearing preservation surgery in vestibular schwannoma: the hidden truth. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004, 113: 156-163.
22. Jacob A, Robinson LL, Bortman JS, Yu L, Dodson EE, Welling B. Nerve of origin, tumor size, hearing preservation and facial nerve outcomes in 359 vestibular schwannoma resections at a Tertiary Care Academic Center. *Laryngoscope* 2007, 117: 2087-2092.
23. Zappia J, Wiet R, O'Connor C, Martone L. Intraoperative auditory monitoring in acoustic neuroma surgery. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 1996, 115: 98-106.
24. Hecht CS, Honrubia VF, Wiet RJ, Sims HS. Hearing preservation after acoustic neuroma resection with tumor size used as a clinical prognosticator. *Laryngoscope* 1997, 107(8): 1122-1126.
25. Kumon Y, Sakaki S, Kohno K, Ohta S, Naagawa K, Ohue S et al. Selection of surgical approaches for small acoustic neurinomas. *Surg Neurol* 2000, 53: 52-60.
26. Ryzenman J, Mylaes L, Tew J. Patient perception of comorbid conditions after acoustic neuroma management: survey results from the Acoustic Neuroma Association. *Laryngoscope* 2004, 114: 814-820.
27. Cross T, Sheard EC, Garrud P, Nikolopoulos TP, O'Donoghue GM. Impact of facial paralysis on patients with acoustic neuroma. *Laryngoscope* 2000, 110(9): 1539-1542.
28. Guntinas-Lichius O, Straesser A, Streppel M. Quality of life after facial nerve repair. *Laryngoscope* 2007, 117: 421-426.

© K. Niemczyk, A. Bruzgielewicz, R. Bartoszewicz, K. Morawski, B. Jamróz, 2015

ЛОР-ОНКОЛОГІЯ

О.О. ГАЛАЙ (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА КРІОДЕСТРУКЦІЯ НОВОУТВОРІВ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА І РОТОГЛОТКИ У ХВОРИХ З ІІІ-ІV СТАДІЄЮ

Вступ. Не дивлячись на те, що рак слизової порожнини рота і ротоглотки відноситься до пухлин візуальної локалізації, більшість хворих первинно звертаються вже з місцево-розповсюдженим процесом. Такі пацієнти потребують комбінованого лікування. Один з алгоритмів лікувальних підходів, включає застосування кріохірургічного методу.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 115 хворих на рак слизової порожнини рота і ротоглотки з ІІІ-ІV стадією. З метою вивчення ефективності інтраопераційної кріодеструкції проведено порівняльну оцінку лікувального патоморфозу пухлин у 59 хворих (І група). У ІІ групу порівняння увійшло 56 пацієнтів оперованих після неоад'ювантного опромінення в звичайному режимі. Променева терапія проведена методом дрібного фракціонування з разовою вогнищевою дозою в 2 Гр, 10 Гр за тиждень, з сумарною вогнищевою дозою

40 Гр за 4 тижні. Усім хворим виконано радикальні хірургічні втручання. Сеанси кріодеструкції проводилися за допомогою автоматизованої універсальної установки "Кріо-Пульс".

Результати.

У групі хворих з інтраопераційною кріодеструкцією частота випадків наявної життєздатної паренхіми в пухлині становила $15,3 \pm 4,7\%$ і була нижчою у 2,5 рази ніж у групі пацієнтів без неї ($p=0,007$), табл. 1.

Застосування інтраопераційної кріодеструкції, як додаткового методу лікування, дозволило отримати меншу кількість рецидивів до 1 року (табл. 2). Частота рецидивів при обох стадіях в І-й групі склала лише 38,9%, а в ІІ-й – 64,2% ($p>0,05$).

При порівнянні показників одно- та трирічної виживаності статистично достовірну різницю встановлено у пацієнтів І групи з ІІІ стадією захворювання (табл. 3).

Таблиця 1

Характеристика лікувального патоморфозу пухлин відповідно до методики лікування

Методика лікування	Кількість хворих	Життєздатна пухлинна паренхіма			
		наявна		відсутня	
		абс.	М \pm m, %	абс.	М \pm m, %
Неоад'ювантне опромінення + інтраопераційна кріодеструкція + операція	59	9	15,3 \pm 4,7	50	84,7 \pm 4,7
Неоад'ювантне опромінення + операція	56	21	37,5 \pm 6,5	35	62,5 \pm 6,5

Таблиця 2

Частота виникнення рецидивів до 1 року

Група хворих	Кількість хворих	Рецидиви, (n)	Рецидиви М \pm m, %
ІІІ стадія			
I	20	6	30,0 \pm 10,2
II	46	29	63,0 \pm 7,1
між I-II групою, $p=0,013$			
ІV стадія			
I	39	17	43,6 \pm 7,9
II	10	7	70,0 \pm 14,5
між I-II групою, $p=0,13$			

Таблиця 3

Віддалені результати лікування хворих на рак слизової порожнини рота і ротової частини глотки з III-IV стадією

Група хворих	Кількість хворих, n	1-річна виживаність		3-річна виживаність	
		абс.	M±m,%	абс.	M±m,%
III стадія					
I	20	17	85,0±8,0	9	45,0±11,1
II	46	27	58,6±7,3	8	17,4±5,6
між I-II групою		p=0,04		p=0,6	
IV стадія					
I	39	17	43,6±7,9	4	10,3±4,9
II	10	4	40,0±15,5	1	10,0±9,5
між I-II групою		p=0,83		p=0,98	

Висновки. Таким чином, дані клініко-морфологічного аналізу свідчать про доцільність включення інтраопераційної кріодеструк-

ції до комбінованого лікування хворих з місцево-розповсюдженим раком слизової порожнини рота і ротоглотки.

© О.О. Галай, 2015

В.Я. ДІХТЯРУК, Е.В. ЛУКАЧ, Ю.О. СЕРЕЖКО, В.В. СТРИЖАК, Д.А. КРАВЧЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)

СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ УТВОРЕНОГО ДЕФЕКТУ ПРИ ВИДАЛЕНІ РАКУ ГОРТАННОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ

Рак гортанної частини глотки вважається одним з найбільш неблагоприємних новоутворень в ділянці голови та шиї. Повне видалення гортані призводить до інвалідності. Часткова резекція гортані дозволяє повернути пацієнта до звичного життя. В даний час спостерігається тенденція до розширення об'єму резекції внутрішньогортанних структур на ранніх стадіях новоутворення гортані та гортанної частини глотки направленої на підвищення абластичності втручання та на відновлення основних функцій гортані – дихальної, голосової і розділювальної.

При виконанні органозберігаючих операцій, окрім онкологічних результатів радикального видалення пухлини, важливою проблемою є підвищення функціонального резерву збереженої частини гортані та попередження стенозу просвіту в гортані.

Видалена половина гортані при раку гортанної частини глотки (грушевидного синуса) приводить до стійкого розладу акту ковтання, попаданню їжі в трахею і сприяє розвитку важких бронхо-легеневих ускладнень що не уможливорює декануляцію. Видалення половини гортані без реконструкції за функціональними ре-

зультатами майже не відрізняється від ларингектомії.

З метою відновлення каркасу гортані при видаленні пухлини гортанної частини глотки, нами був розроблений спосіб реконструкції утвореного дефекту. Розробку способу реконструкції утвореного дефекту гортані було проведено у 7 первинних хворих на рак гортанної частини глотки з локалізацією пухлини в грушевидному синусі та метастазами в лімфовузлах шиї (T1-2N1M0).

Хворим одночасно виконувалась модифікована шийна дисекція та гімларингектомія.

Техніка операції:

Після виконаної шийної дисекції виконується оголення щитоподібного хряща та його розсікання по середній лінії. Краї рани розводяться в різні боки. По середній лінії через просвіт гортані відшаровується половина її від стравоходу, відтинаються м'язи, що прикріплюються до неї, перетинається черпакуватонадгортанна складка, відкривається грушевидний синус. Пухлина з допомогою електроножа разом з фрагментом щитовидного хряща видаляється в межах здорових тканин. Проводиться реконструкція утвореного дефекту гортані шля-

хом множинного пришивання фрагменту слизової оболонки глотки до країв рани та покриття дефекту трьома рядами прямих м'язів гортани та відшарованих волокон грудинно-ключично-сосковидного м'язу. Вводиться носо - стравохідний зонд для живлення, який зберігається 2-3 місяці. Трахеостомічна трубка вводиться у трахеостому, з обов'язковим роздуванням манжети, що унеможливорює потрапляння слини та їжі у трахею.

Всім прооперованим хворим проводився післяопераційний курс променевої терапії на основний пухлинний осередок та шляхи лімфовідтоку.

Віддалені результати: У 2-х хворих в зв'язку з рецидивом пухлини виконана ларингектомія, у 1 хворого в зв'язку з різким погіршенням акту ковтання накладена гастростома. Інші 4 хворих деканульовані і мають задовільне ні функціональні результати.

© В.Я. Діхтярук, Е.В. Лукач, Ю.О. Сережко, В.В. Стрижак, Д.А. Кравченко, 2015

И.В. ДОБРОНРАВОВА, Н.В. ПИЛИПЮК (ОДЕССА, УКРАИНА)

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ГОРТАНИ

В комплексном лечении больных раком гортани немаловажную роль играет социальная реабилитация пациентов, позволяющая им вернуться к полноценной жизни, трудовой деятельности, улучшить качество жизни.

Под наблюдением находились 45 пациентов мужского пола в возрасте от 43 до 68 лет, перенесших резекцию гортани по поводу рака гортани I-III ст. 5 человек перенесли хордэктомию, 6 – боковую резекцию гортани, 31 – фронтально-латеральную, 4 – субтотальную. У всех больных отмечалось нарушение голосовой функции различной степени выраженности, а также нарушения психологического свойства: чувство потери, заниженная самооценка, повышенная возбудимость, повышенное внимание к своему дефекту.

Для оценки фонаторной функции использовались традиционные методы исследования голосового аппарата, прослушивание голоса и его магнитная запись с последующей перцептивной экспертной психоакустической оценкой по шкале GRBAS. Оценка фонационного дыхания производилась с помощью определения

времени максимальной фонации (ВМФ), что по данным многих авторов является объективным диагностическим критерием функционального состояния гортани. Одновременно проводилось изучение психо-эмоционального состояния пациентов с использованием методик "УНП" и "САН".

В результате проведенных исследований была установлена взаимосвязь между степенью нарушения фонаторной и дыхательной функций гортани, видом резекции гортани и степенью нарушения психоэмоционального состояния пациентов. Это дало возможность разработать адекватный алгоритм реабилитации пациентов, включающий в себя редукацию голоса, дыхательную гимнастику, проводимую на фоне рациональной психотерапии, седативной, антидепрессивной, ноотропной терапии.

Данный подход позволил сократить сроки реабилитации пациентов, улучшить адаптационные способности организма, вернуть оптимистический настрой и веру в успех лечения, быстрее возвращение к полноценной жизни.

© И.В. Добронравова, Н.В. Пилипюк, 2015

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВАТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время сохраняется рост количества тиреоидной патологии среди населения Украины, которая приобрела не только медицинское, но и социальное значение. Основным клинический диагноз заболеваний щитовидной железы отражает увеличение ее объема в виде очагового или диффузного поражения. В клиническое понятие «узловатый зоб» входят все очаговые органические поражения железы: узловатый коллоидный зоб, фолликулярная аденома щитовидной железы, хронический тиреоидит, киста, фолликулярный или папиллярный рак, дермоид, туберкулез и метастазы рака других локализаций. Сегодня заболеваемость узловым зобом составляет 30–40 человек на 100 000 населения.

Увеличение величины и формы щитовидной железы с наличием узловых образований хирургами расценивается, как хирургическая проблема и ставят вопрос только о хирургическом лечении. Вопрос рационального подхода лечения больных с патологией щитовидной железы остается актуальным и зависит от достаточно-информативной диагностики.

Объективными показаниями наших больных к оперативному лечению узловых форм зоба и объем удаляемых тканей были на результатах УЗИ данных и цитологического исследования всех очаговых поражений щитовидной железы и их реальной онкологической опасности.

Целью исследования явилось – определение эффективности комплексной дооперационной диагностики образований щитовидной железы.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 женщин с различными формами узловатого зоба щитовидной железы, находившиеся на стационарном лечении в онко Лор отделении. Из них 30 пациентов впервые выявленной патологией и 10 больных с рецидивным узловым зобом (перенесли хирургическое лечение в сроки от 6 до 8 лет тому). Из 30 больных – у 24 (80%) диагностирован узловатый зоб обеих долей щитовидной железы и перешейка.

Больным проведено комплексное исследование: объективные и субъективные данные, УЗИ щитовидной железы и органов шеи, УЗИ с пункционной биопсией и определением гормонов щитовидной железы.

Результаты исследования.

Пациентам проведено органосохраняющее хирургическое лечение с сохранением участков неизменной тиреоидной ткани: у 16 больных с поражением одной доли и перешейка щитовидной железы в виде гемитириоектomie. У 24 больных в связи с узловатым поражением обеих долей щитовидной железы проводилась тиреоидэктомия. Во всех случаях оставались неизмененные участки в долях железы, с целью гормональной компенсации. Послеоперационный период протекал без осложнений. Цитологический и морфологический диагноз был у всех пациентов: узловатый зоб. Гормональная панель: тиреотропный гормон, который отражает функциональное состояние щитовидной железы (0,27–4,2 мкМЕ/мл); тироксин общий (5,1–14,1 мкМЕ/мл), тироксин свободный (0,93–1,7 мкМЕ/мл) и йод мочи 100,0–300 мкг/л. Эти показатели у наших больных были в пределах нормы. Больные консультированы эндокринологом.

Выводы

Хирургическое лечение больных с узловатым зобом щитовидной железы было малотравматичным и с хорошими косметическими результатами. Интраоперационная визуализация возвратных нервов позволила провести хирургическое лечение у 100% больных без осложнений.

Наблюдения в течение 5-лет показали отсутствие рецидива заболевания и клинических симптомов наблюдаемых у больных до операции.

Таким образом, дооперационная диагностика была достаточной и высокоинформативной, у 100% больных диагноз подтвержден морфологически. Показатели гормональной панели после операции сохранялись в пределах нормы.

ЭЛЕМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ РАК ГОРТАНИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Больше 200 лет назад было отмечено, что рак поражает чаще всего орган уже ранее отягощенный тем или иным хроническим заболеванием, однако связь между этими двумя страданиями до настоящего времени остается спорной. Термин «предраковое состояние» применяется многими авторами, начиная с середины прошлого века, однако в различном, большей частью неопределенном значении. Еще в 1937г. П.А. Герцен писал, что «рак может развиваться лишь на патологически измененных тканях при особом совпадении других факторов. К предраку следует отнести те заболевания, которые приводят к раку или переходят в рак».

Классически принято считать, что к группе заболеваний гортани, которые часто переходят в рак, следует отнести папилломы, лейкоплакия, гиперкератоз и пахидермию. Раньше считалось, что эти заболевания присущи в основном для пожилого возраста и возникают они после длительных воспалительных процессов. Однако во второй половине XX столетия отмечалось значительное возрастное омоложение.

К морфологическим элементам предрака относят пролиферативные явления в эпителии, ускоренный митоз, атипию клеток и их неравномерное расположение, образование идущих вглубь тяжей, реактивные явления со стороны сосудистого аппарата. Известно, что наличие таких изменений еще не предвещает перехода в рак и 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.

Следует также учитывать действие экзогенных и эндогенных раздражающих факторов, которые способствуют ускорению процесса перехода выше описанного состояния в рак. К экзогенным факторам относят – злоупотребление голосом, курение, алкоголь и профессиональные вредности. К эндогенным – доброкачественные новообразования гортани, хронические (особен-

но гипертрофические ларингиты), заболевания глотки, носа и околоносовых пазух, а также интоксикации различного генеза.

Для выбора способа лечения особенно следует учитывать характер роста, частоту рецидива и топическую локализацию процесса:

- при клиническом проявлении заболевания в виде упорного рецидивирования папилломы гортани, пахидермии и гиперкератоза (resp. лейкоплакия) с признаками инфильтрирующего роста и если склонность рецидивирования происходит в одном и том же месте.

- при морфологическом проявлении элементов предрака (пролиферативные явления в эпителии, ускоренный митоз и атипия клеток). Несмотря на то, что морфологически не установлена G (дифференцировка) процесса, наличие у больного таких клинических и морфологических элементов требует особого внимания, и отнести таких больных к пациентам с неопластическим процессом, а лечебная тактика должна проводиться уже как при раке.

Радикальными мероприятиями в таких случаях является иссечение в пределах здоровых тканей патологически измененную слизистую оболочку независимо от формы роста опухолевого процесса, после тиреотомии.

При таком подходе к лечению предраковых состояний можно будет, несомненно, во многих случаях провести органосохраняющее лечение. Правда в этой ранней стадии процесса можно ожидать и хороший эффект от лучевой терапии. Однако наш клинический опыт показывает, что лучевое лечение в большинстве случаев не эффективно и после всего приходится применять хирургическое лечение, правда не всегда уже органосохраняющее.

Таким образом, совокупность клинических и морфологических признаков с инфильтрирующим ростом и с такой топической локализацией и частым рецидивом следует относить уже к злокачественному процессу и лечебную тактику необходимо применять как при раке гортани.

ОБ'ЄМ РЕЗЕКЦІЇ ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА ПРИ РАКУ СЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ГОРТАНІ

За даними канцер-реєстру рак гортані (РГ) складає 3-5,6% у структурі онкологічних захворювань людини. Найбільш радикальним та ефективним методом лікування таких хворих – є оперативне втручання. Оптимізація хірургічного методу лікування можлива при застосуванні нових методів діагностики.

Мета. Удосконалити доопераційне обстеження хворих на рак гортані для оптимізації органозберігаючих операцій.

Матеріали та методи. Обстежено 162 первинних хворих, із клінічним діагнозом РГ без регіонарного та віддаленого метастазування (T1-3N0M0). Основну групу склали 82 хворих, групу порівняння – 80. В основній групі хворих, на відміну від групи порівняння, стандартне обстеження до операції включало проведення комплексної МСКТ. Зона сканування включала область ший та органів грудної порожнини, останню – як найбільш часту область гематогенного метастазування РГ.

МДКТ проведена на 64-зрізовому томографі LightSpeed VCT, GE, США із внутрішньовенним введенням контрастної речовини Томо-гексол-350, 100 мл.

У всіх випадках пухлина середнього відділу гортані гістологічно представляла плоскоклітинний рак різного ступеню диференціювання. В 68,5% випадках верифіковано зроговілий плоскоклітинний рак.

В залежності від розповсюдження раку середнього відділу гортані (РСВГ) проводили різні види резекцій, як без видалення пластини щитовидного хряща – хордектомію, так і з видаленням ділянки пластини щитовидного хряща – фронто-латеральна, сегментарна, субтотальна резекції та модифікація за Отаном.

Результати та обговорення.

За даними МДКТ із 82 випадків РСВГ, ураження тільки голосової складки було відмечено у 2/3 (62 %) хворих, що являлось показанням для хордектомії. Більш ніж у третини обстежених хворих спостерігалось розповсюдження пухлини, при якому необхідно проводити її видалення з резекцією пластинки щитовидного хряща. Так, склерозування або ураження хряща, виявлене в 9 (11 %) випадків. Розповсюдження пухлини у навколоскладковий простір визначалось у 10 (12 %) хворих.

Виявлене на МДКТ сканах склерозування та/або ураження щитовидного хряща в проекції

передньої 1/3 голосової складки, а також розповсюдження раку в навколоскладковий простір, дозволило виконувати заощадливе радикальне видалення пухлини із сегментом щитовидного хряща. В групі порівняння такі ураження гортані було важко виявити клінічно. При огляді гортані під час операції, ураження раком голосової складки не відрізнялись в обох групах хворих. Очевидно, в таких випадках хворим проводилась хордектомія, на що вказує підвищення їх кількості при зменшенні кількості операцій з резекцією хряща в групі порівняння.

Слід відмітити, що використання запропонованого нами алгоритму клініко-діagnostичних досліджень завдяки точному визначенню локалізації та меж пухлинного процесу за результатами МДКТ дозволило оптимізувати спосіб оперативного втручання у пацієнтів при РСВГ, на що вказало достовірне ($\chi^2=4,297$, $p<0,05$) зменшення кількості рецидивів та подовження періоду безрецидивної виживаності у пацієнтів основної групи.

Розроблений та використаний нами новий спосіб радикальної економної операції – сегментарної резекції пластини щитовидного хряща був успішним, оскільки не призвів до рецидивів пухлини при трьохрічному спостереженні.

Висновки

1. Розроблено доопераційний клініко-діagnostичний алгоритм обстеження хворих на рак середнього відділу гортані, який включав відеоларингоскопію з аутофлуоресценцією, мультиспіральну комп'ютерну томографію органів ший та грудної клітини, інтраопераційний огляд.

2. Комплексне застосування МДКТ, завдяки точному встановленню локалізації та меж пухлини, виявленню інвазії щитовидного хряща гортані, стала ключовим методом доопераційної діагностики, яке дозволило суттєво покращити результати операційного втручання на що може вказувати достовірне ($\chi^2 = 4,297$, $p < 0,05$) зменшення кількості рецидивів та покращення трьохрічної безрецидивної виживаності хворих на РСВГ основної групи.

3. Виявлене при МДКТ ураження навколоскладкового простору та/або прилягання пухлини до охрястя щитовидного хряща у проекції передньої 1/3 голосової складки дозволило розробити та виконати новий спосіб радикальної заощадливої операції – сегментарної резекції пластини щитовидного хряща.

ПЕРВИННО-МНОЖИННІ РАКОВІ ІНВАЗІЇ

Визначення прогнозу захворювання при множинних пухлинних процесах вимагають чіткого індивідуального підходу. Певну цінність представляють спостереження за пацієнтами із тривалим анамнезом і задовільними результатами лікування полінеоплазій. Дана проблема є актуальною в умовах екокризисних регіонів, де в населення частіше спостерігаються ознаки імуносупресії.

Мета дослідження. Оцінка імунного статусу у хворих на рак гортані з полінеоплазіями.

Матеріали і методи. Протягом 2003-2012 рр. у ЛОР-клініці ІНВХ та онковідділі ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» ми спостерігали 24 пацієнта, у яких ракові пухлини гортані супроводжувалися первинними злоякісними новоутворами інших локалізацій. Чоловіків було 19 (79,2%), жінок – 5 (20,8%). Вік пацієнтів варіював від 34 до 67 років, у середньому становлячи 52 роки. У хворих визначали локалізацію й поширеність пухлинного процесу, проводили патогістологічну верифікацію новоутвору, виконували клінічні дослідження, здійснювали низку імунологічних тестів.

Отримані результати і їх обговорення

У всіх обстежених пухлини гортані мали гістологічну картину плоскоклітинного раку різного ступеня зростання. У двох жінок напередодні звернення до ЛОР-клініки було зроблено екстирпацію матки з приводу раку. У інших двох (8,3%) жінок ми спостерігали сполучення папілярного раку щитоподібної залози з випадками раку присінкового відділу гортані та гортаноглотки. Ще один випадок (4,1%) був на рак піднебінного мигдалика, що виник через два роки після резекції гортані з приводу раку.

У 8 чоловіків (33,3%) ракові пухлини гортані супроводжувалися раком шкіри, в 4 (16,6%) пацієнтів рак гортані був виявлений одночасно з аденокарциномою товстої кишки, двоє (8,3%) були прооперовані із приводу раку сечового міхура. У 5-х (20,8%) хворих було діагностовано

рак легенів. Всім пацієнтам виконано радикальне видалення пухлини: 2 – хордектомія; 4 – субтотальні резекції гортані; 9 – ларингектомія. Шийні дисекції виконано у 6 хворих. Більшість хворих отримували хіміопроменеву терапію.

При імунологічному обстеженні зміст лімфоцитів периферичної крові був знижений до рівня недостатності I ступеню й становив $1,36 \pm 0,15$ Г/л при регіональній нормі $2,2 \pm 0,08$ Г/л. Популяція лімфоцитів CD3+ складала $0,32 \pm 0,08$ Г/л при регіональній нормі $1,12 \pm 0,03$ Г/л. Виявлене зниження числа активованих лімфоцитів CD25+ $0,11 \pm 0,03$ Г/л при нормі $0,34 \pm 0,02$ Г/л. Звертало на себе увагу значне зменшення популяції CD22+ (В-Лімфоцитів) – $0,38 \pm 0,12$ Г/л при регіональній нормі $0,91 \pm 0,02$ Г/л. При цьому, був пригноблений і пул активованих В-Лімфоцитів CD38+ ($0,2$ Г/л при нормі $0,34$ ($0,02$ Г/л)). Вміст природніх кілерів CD16+ становив $0,06(0,02)$ Г/л при регіональній нормі $0,35$ ($0,03$ Г/л). Експресія рецепторів антигенів головного комплексу гістосумісності I класу (HLA) становила $0,64$ ($0,12$ Г/л), а 2 класу (HLA-DR) – 45 ($0,04$ Г/л) при регіональній нормі $1,16$ ($0,06$ Г/л) і $1,01$ ($0,07$ Г/л), відповідно. Виявлений дисбаланс експресії рецепторів головного комплексу гістосумісності 1 і 2 класів (HLA і HLA-DR) за рахунок меншого зниження експресії мембранами лімфоцитів рецепторів гістосумісності 2 класу. Вміст лімфоцитарних пулів з експресією антигенів, що індукують апоптоз (CD95) становив $0,35$ ($0,08$ Г/л), що було значне нижче норми $0,92$ ($0,15$ Г/л).

Висновки. У хворих з полі неоплазіями імуносупресія проявлялася в недостатності Т- і В-ланок імунітету, зменшенні рецепторного поля мембран у системі імунокомпетентних клітин, при значному зменшенні вмісту лімфоцитів, що перебувають у стані апоптозу.

Пацієнти з полінеоплазіями потребують імунологічного обстеження з метою розробки схем імунокоригуючої терапії та включення її в комплексне лікування хворих з онкологічною патологією ЛОР-органів.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ГИСТОЛОГИИ В МИКРОСКОПИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ХИРУРГИИ ГОРТАНИ

Различные типы роста рака гортани, экзофитный, эндофитный или экзоэндофитный, дают разные варианты течения и возможности лечения опухоли. Наиболее благоприятными они являются при экзофитном типе. Опухоли голосовых складок при нем часто растут по поверхности слизистой оболочки в просвет голосовой щели. Это может способствовать более раннему обращению больных за медицинской помощью, но и довольно быстро приводит к стенозу гортани. При смешанных экзоэндофитных формах опухоль растет как по поверхности голосовой складки, так и вглубь, инфильтрируя ткани. Такой вариант течения опухоли является менее благоприятным и усложняет подходы к лечению. В этих случаях при хирургическом удалении голосовой складки с опухолью приходится контролировать не только верхнюю и нижнюю границу резекции, как при экзофитных формах, но и наружную границу, отделяющую основание голосовой складки от пластинки щитовидного хряща. Эндофитный рост преобладает при подскладочной локализации опухоли.

Для адекватного гистологического контроля границ резекции нами использовался комплекс мер, осуществляемых хирургом и патоморфологом, позволяющих точно ориентировать удаленную голосовую складку в трехмерном пространстве, маркировать ее, правильно устанавливать плоскость проведения гистологического среза и создавать при микроскопии мысленную трехмерную реконструкцию объекта. Это важно для правильной оценки результата исследования.

Проведенные гистопатологические исследования операционного материала хордэктомией позволили наблюдать несколько вариантов инфильтрирующего роста раковой опухоли в окружающих тканях. При экзофитной форме опухоль распространяется поверхностно по направлению к передней комиссуре и задней трети голосовой складки. Глубина расположения опухолевых комплексов раковых клеток достигает уровня глубокие отделы подслизистого слоя. Экзофитные опухоли не достигают границ резекции при соблюдении хирургических правил абластики. При экзоэндофитном поражении опухоль, наряду с распространением по поверхности слизистой оболочки, что связано с разрушением и замещением ею эпителиального покрова, инфильтрирует

подэпителиальную область и более глубокие слои ткани вплоть до щитовидного хряща. В отдельных редких случаях можно было наблюдать пересечение опухолью нижней границы резекции. Достижение опухолью подскладочного пространства увеличивает скорость ее дальнейшего распространения и повышает вероятность метастазирования, поскольку нижний отдел гортани дренируется лимфатической сетью, связанной с предгортанными, претрахеальными, а также лимфатическими узлами, расположенными по ходу возвратных нервов. Последующий отток лимфы осуществляется в глубокую яремную лимфатическую сеть, надключичные и узлы средостения. Этим определяется важность контроля нижней границы резекции. Область самих голосовых складок содержит минимальное количество – по некоторым данным всего несколько на голосовую складку – дренирующих лимфатических капилляров. Поэтому при экзофитных формах метастазирование бывает относительно поздним и лишь при обширном распространении опухоли.

Инфильтрация опухолью глубоких слоев тканей может быть простой и опережающей. Под опережающим инфильтративным ростом мы понимаем распространение опухоли по параваскулярным и параневральным пространствам, увеличивающее скорость ее распространения, что хорошо прослеживается при микроскопии. Параваскулярный опережающий рост опухоли может быть горизонтальным и вертикальным, в зависимости от ориентации сосудов, снабжающих ткани. Такой тип распространения опухоли, по-видимому, встречается чаще, чем может показаться на первый взгляд, поскольку результат его маскируется массивом опухолевой ткани, а выявляемые в нем сосуды всегда являются продуктом опухолевого ангиогенеза. Этим механизмом, в частности, можно объяснить распространение опухоли гортани на переднюю поверхность щитовидного хряща в область щитовидной железы.

Использование трехмерной гистологии позволяет улучшить морфологическую диагностику, накапливать опыт проведения хордэктомий с учетом сведений о распространении опухоли, с применением всех доступных, в том числе и новых, хирургических приемов для улучшения результатов лечения данной категории больных.

ПРОМЕНЕВІ ПОШКОДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОМБІНОВАНОГО АБО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Рак гортані займає сьоме місце в світі за поширеністю. Він становить від 1 до 8% у загальній структурі онкопатології та від 38 до 65% новоутворень ЛОР-органів. Захворюваність в Україні в становить 5,6 на 100000 населення.

Основним методом радикального лікування хворих на рак гортані розповсюджених стадій є комбінований або комплексний.

Мета роботи проведення аналізу стану хворих та прояв ранніх та пізніх променевих пошкоджень пухлин у хворих на рак гортані при проведенні променевої терапії, або хіміопроменевої терапії.

Для виконання завдань дослідження під спостереженням знаходилось 103 хворих на рак гортані III-IV стадій ($T_{3-4}N_{0-3}M_0$) та II клінічної групи, які проходили обстеження, лікування та спостереження в ЛОР-онкологічному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І.Мечникова в період з 2011 по 2013 рр. Хворі розподілені в залежності від отриманої терапії: 70 хворих отримали комплексне лікування (схема PF) та 33 хворих комбіноване.

Променеву терапію проводили на базі Дніпропетровського обласного клінічного онкологічного диспансеру на гамма-терапевтичних апаратах типу «Агат-С» і «Рокус-М» за стандартною методикою в статичному режимі з 2-х протилежних полів, розмірами 6x8 і 8x10 см, ритм опромінення 5 фракцій на тиждень по 2 Гр. щодня до сумарної осередкової дози (СОД) 40 Гр.

Променеві пошкодження різко знижують якість проведеного спеціального лікування за рахунок прогресуючих змін в опромінених тканинах і появи нових патологічних станів, не пов'язаних з основним захворюванням. Ранні і пізні загальні та місцеві променеві пошкодження оцінювалися за класифікацією Радіотерапевтичної онкологічної групи спільно з Європейською

організацією по дослідженню і лікуванню раку (RTOG/EORTC) за шестибальною шкалою на основі ступеню важкості їх прояву.

Аналізуючи отримані результати, можна констатувати достовірні розбіжності. Ранні променеві пошкодження 3 та 4 ступеня відмічалися в 4 рази ($p < 0,02$) частіше в групі хворих, що отримували комплексне лікування – 24,3% проти 6,0%. Дану ситуацію можливо обґрунтувати дією хіміотерапії, яка призводила до ішемії пухлини та її некрозу. Водночас кількість пізніх променевих пошкоджень, навпаки, на 36,8% більше у хворих з групи променевої терапії (93,9%) порівняно з хворими, що отримували неoad'ювантну хіміотерапію (57,1%; $p < 0,001$). Еритема шкіри і дерматит, переважали у хворих, що отримували лише променеву терапію – 78,8% проти 51,4% ($p < 0,01$). Серед пізніх променевих пошкоджень відмічався локальний біль, але в 1,6 рази частіше в групі хворих без хіміотерапії ($p < 0,05$). Гематологічні прояви в основному виявлялися початковими ступенями лейкопенії і анемії, які не вимагали медикаментозної корекції. Важкі ступені пригнічення гемопоєзу (лейкопенія III-IV ст.) спостерігалась у 3 (2,9%) хворих з обох груп та корегувалася спеціальною медикаментозною терапією. Летальних ускладнень променевої терапії під час проведення лікування хворих у всіх групах не було.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що застосування радіомодифікатора у вигляді неoad'ювантної хіміотерапії має радіосенсибілізуючу дію по відношенню до пухлини та доводить якісні відмінності перебігу і реакції на проведене лікування та дозволяє покращити результати лікування онкологічних хворих за рахунок зменшення проявів пізніх променевих пошкоджень у вигляді променевого фіброзу.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ З МЕТАСТАЗАМИ У РЕГІОНАРНІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ

На сьогоднішній день на обліку в Україні знаходиться 14687 хворих на рак гортані. Захворюваність даною нозологією є стабільно високою протягом довгого часу. Рак гортані знаходиться на дев'ятому місці серед найбільш розповсюджених злоякісних новоутворень у популяції чоловіків. Виживаність хворих на рак верхніх дихальних шляхів у світі істотно не змінилась за останні 20 років. Метастазування у регіонарні лімфовузли ший становить абсолютну більшість від усіх локалізацій метастазів раку гортані. Виживаність хворих на плоскоклітинний рак верхніх дихальних шляхів більше залежить від регіонарного метастазування ніж від розмірів первинної пухлини. Зважаючи на велику травматичність оперативного втручання ми надаємо перевагу ретельному дослідженню регіонарних лімфатичних вузлів на передопераційному етапі та інтраопераційно.

Метою нашого дослідження було вивчити інформативність сучасних морфологічних методів дослідження регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак гортані.

Під нашим спостереженням знаходилося 74 хворих на рак гортані III-IV стадій ($T_{3-4}N_0M_0$) та II клінічної групи, які проходили обстеження, лікування та спостереження в ЛОР-онкологічному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова в період з 2011 по 2014 рр. З них 38 хворих були з регіонарними метастазами раку гортані і склали основну групу, у 36 регіонарні метастази не були виявлені. Нами проведене порівняння інформативності імуноцитохімічного дослідження пунктату лімфатичних вузлів та інтраопераційного дослідження заморожених зрізів лімфатичних вузлів. Хворим виконана тонкоголкова аспіраційна біопсія лімфатичних вузлів під УЗ контролем на передопераційному етапі, та інтраопераційне дослідження заморожених зрізів. Для дослідження використовувались моноклональні антитіла до цитокератину 19 (clone RCK108 Dako), матриксної металопротеїнази 2 (clone A-gelVC-2 BioSystems, США), матриксної

металопротеїнази 9 (Polyclonal BioSystems, США).

Імуноцитохімічне дослідження матеріалу з цитокератином 19 давало змогу чітко виявити пухлинні клітини серед лімфоїдної тканини та полегшувало діагностику у сумнівних випадках. Позитивний статус щодо цитокератину 19 мали 80,6% пацієнтів з метастазами раку гортані та 50,0% пацієнтів з раком гортані без регіонарного метастазування. Таким чином вірогідність метастатичного ураження лімфатичного вузла з позитивним статусом цитокератину в 1,5 рази вища ніж без експресії маркера ($p < 0,05$).

Експресія ММП 2 в лімфатичних вузлах з наявністю метастазів була відсутня у $42,1 \pm 8,0\%$ тоді як у хворих без метастазів вона була відсутня у $75,0 \pm 7,2\%$ що на 32,9% більше ($p < 0,05$).

При дослідженні ММП 9, експресія була відсутня в лімфатичних вузлах з наявністю метастазів у $31,6 \pm 7,5\%$ що достовірно нижче ніж у лімфатичних вузлах без ураження $75,0 \pm 7,2\%$ на 43,4% ($p = 0,000$).

Інтраопераційно у хворих було проведено експрес дослідження лімфатичних вузлів методом заморожених зрізів, що дозволило обрати оптимальний обсяг оперативного втручання на лімфатичній системі. Серед них метастази виявлено у 64 (86,49%) випадків. Повний обсяг проведеного передопераційного та інтраопераційного дослідження обумовлював варіант виконання шийної дисекції.

В результаті дослідження нами був виявлений зв'язок експресії цитокератину 19, матриксної металопротеїнази 2 та матриксної металопротеїнази 9 з регіонарним метастазуванням. Отримані результати дозволяють рекомендувати імуноцитохімічне дослідження з молекулярними маркерами до цитокератину 19, матриксної металопротеїнази 2 та матриксної металопротеїнази 9 в сукупності з дослідженням заморожених зрізів в якості методів діагностики метастазування раку гортані у регіонарні лімфатичні вузли, однак методи потребують подальшого вивчення.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Среди злокачественных опухолей придаточных пазух носа рак верхнечелюстной пазухи занимает 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 топиические и специальные методы исследования дают возможность установить диагноз на более ранних стадиях с возможностью верификации диагноза на дооперационном этапе.

На сегодняшний день существуют разные подходы к оперативному лечению при злокачественных заболеваниях верхнечелюстной пазухи.

Цель исследования: провести анализ вариантов оперативного лечения при злокачественных заболеваниях верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы. За период времени с 2011 по 2015г.г. прооперированы 87 пациентов с диагнозом: Рак верхнечелюстной пазухи I-IV ст. T₂N₀M₀ – 9 (7,5%); T₃N₀M₀ – 29 (24,1%); T₄N₀M₀ – 34 (28,2%); T₃N₁₋₃M₀ – 5 (4,2%); T₄N₁₋₃M₀ – 8 (6,6%); T₃₋₄N₀₋₃M₁ – 6 (5,0%).

Всем пациентам на дооперационном этапе проводилось КТ исследование на установке СТ/с Dual GE двухсрезовый или МРТ исследование на установке ToshibaVantage 1,5 Тс.и эндоскопическое исследование на эндоскопической стойке KarlStorz с углом обзора 0, 30, 70° ø 4мм, по данным которых установлен клинический диагноз злокачественного заболевания верхнечелюстной пазухи, взятие биопсийного материала.

Результаты:

В текущем исследовании у 9пациентов T₂N₀M₀ (7,5%) опухоли были полностью удалены эндоскопическим трансназальным доступом. Этот минимально инвазивный подход был выбран, для минимизации структурных и функциональных повреждений анатомических образований полости носа, в частности, нижней носовой раковины и носослезного канала.

При супраструктурных опухолях III-IVст. T₃N₀M₀ – 29 (24,1%); T₄N₀M₀ – 34 (28,2%) производилась частичная резекция верхней челюсти, ограничиваясь удалением ее верхней части, нижней и медиальной стенки глазницы, полностью решетчатой кости, сохраняя решетчатую пластинку, а также собственную носовую кость на стороне поражения, при этом применяли доступы по Муру, Отану или их комбинацию.

При мезоструктурных опухолях III-IVст. T₄N₀M₀ – 33 (28,7%); T₃N₁₋₃M₀ – 4 (3,5%); T₄N₁₋₃M₀ – 8 (6,6%)применяли тотальную резекцию верхней челюсти. Эта в буквальном смысле калечащая и обезображивающая операция является единственно возможным вмешательством, позволяющим полностью удалить опухоль верхней челюсти, однако лишь в том случае, если опухоль не распространилась за пределы этой кости. В качестве оперативного метода применялся паралацероназальный доступ по Муру с продлением разреза книзу с огибанием крыла носа и медиального разреза верхней губы в комбинации с доступом по Отану. При этом оперативном вмешательстве резецировалась носовую кость на стороне поражения, пересекался верхний конец восходящей ветви верхней челюсти, удалялась нижняя стенка орбиты, пересекался альвеолярный отросток по заднему краю первого моляра, резецировалось твердое небо, сзади пересекался крыловерхнечелюстной синостоз, отсекались мягкие ткани, одновременно осуществляя гемостаз, и цельным блоком удалялась опухоль вместе с верхней челюстью.

У двух пациентов при опухолях III-IV ст. T₄N₀M₀ – 1 (0,9%); T₃N₁₋₃M₀ – 1 (0,9%) произведены операции с одновременным использованием методики эндоназальной эндоскопии и интраоперационной навигации. Основным показанием для применения интраоперационной навигации было изменение нормальных анатомических соотношений в полости носа, ОНП, орбите и структурах основания черепа.

ПОКАЗНИКИ ДІАГНОСТИКИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ (2003-2012 РР.)

У загальній структурі онкологічної захворюваності злоякісні пухлини голови і шиї складають за різними даними від 6,0% до 20%. Рак слизових оболонок порожнини рота становить 1-2% від усіх злоякісних новоутворень.

Діагностика, лікування і медична реабілітація хворих з пухлинами ротової порожнини є складними. Більшість хворих тривалий час не отримують спеціального лікування і госпіталізуються вже з поширеним пухлинним процесом, який нерідко охоплює сусідні органи. Труднощі своєчасної діагностики та адекватного лікування цих людей зумовлені низьким рівнем санітарної освіти населення, анатомо-топографічними особливостями даної локалізації і їх агресивним розвитком. Таким чином питання ранньої діагностики і лікування хворих на рак слизової оболонки порожнини рота залишаються актуальними і на даний час.

Впродовж 2003-2012 років в Івано-Франківській області рак слизової ротової порожнини встановлено у 462 хворих. Переважно хворіли чоловіки – 419 осіб, або 90,7%, жінок – 43 особи, або 9,3% (співвідношення чоловічого населення до жіночого склало 10:1).

Частота ураження пухлинними процесами окремих відділів ротової порожнини є різною, зокрема на рак язика захворіло 206 осіб, а це 44,6% від усієї кількості хворих на рак ротової порожнини, з них чоловіків було 186 осіб, жінок – 20 осіб.

На другому місці за частотою ураження є рак дна порожнини рота. Всього з даною локалізацією пухлин було 145 хворих, або 31,4% від загальної кількості хворих, з них чоловіків було 140, жінок – 5.

Третя локалізація за частотою ураження – рак слизової оболонки піднебіння, всього у 2003-2012 рр. було 56 хворих, або 12,1%, з них чоловіків було 51, жінок – 5.

Як показав аналіз результатів діагностики до моменту початку спеціального протипухлинного лікування у 30,3% хворих захворю-

вання оцінювалось як місцево розповсюджений процес (I-II стадії захворювання). У 40,3% хворих первинна пухлина поширювалась на 1-2 сусідні анатомічні структури і виявлялись регіонарні метастази – III стадія захворювання. У 29,4% хворих виявлено обширне ураження органів порожнини рота і регіонарного лімфатичного апарату – IV стадія захворювання. Таким чином в спеціалізований відділ ОКОД за вказаний період поступило 69,7% хворих із занедбаними стадіями раку слизової ротової порожнини рота.

Як показали результати 5-річного спостереження за хворими, тривалість життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями ротової порожнини рота залежать від поширеності пухлинного процесу і методу лікування. Було встановлено, що середня тривалість життя хворих, що лікувались у відділенні пухлин голови та шиї Івано-Франківського ОКОД у 2003-2007 рр становила 19,7 місяців. Найкращі результати виявились при комплексному лікуванні, де середня тривалість життя склала 27,2 місяців. Після комбінованого лікування середня тривалість життя становила 24,7 місяців. Після хіміопроменевого лікування – 15,5 місяців, і 11,2 місяці – після променевого лікування. Хворі, що не отримували протипухлинного лікування жили в середньому 5 місяців.

Висновки:

1. У переважній більшості хворих рак ротової порожнини виявляється на пізніх стадіях, що приводить до невтішних результатів лікування.

2. Променева та хіміопроменева терапія залишаються домінуючими в лікуванні раку ротової порожнини.

3. Найкращі результати лікування отримано при використанні лікування з хірургічним компонентом.

4. Результати хіміопроменевого лікування є кращими порівняно з самостійною променевою терапією.

ШЛЯХИ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАНІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КРУПНОФРАКЦІЙНОГО ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ОПРОМІНЕННЯ

Захворюваність на рак гортані залишається високою. Удосконалення методів лікування злоякісних пухлин цієї локалізації, прогнозування результатів лікування і реабілітації хворих вимагають нових підходів. Одним із шляхів рішення цієї проблеми може бути впровадження в клінічну практику крупнофракційного передопераційного опромінення з вивченням змін онкомаркерів в динаміці. Так, В.Г. Андреев і Ю.С. Мардинський (1998, Москва, МРНЦ РАМН) на великій кількості хворих довели, що такий підхід (ДГТ РВД 5Гр 2 рази на тиждень, СВД 20 Гр) не обтяжує виконання, як органозберігаючих, так і розширених операцій і дозволяє значно зменшити відсоток серйозних післяопераційних ускладнень.

Нами дещо змінено схему опромінення (Патент на винахід, Україна, 2005). Передопераційний курс ДГТ проводили за схемою: ДГТ РВД 5 Гр кожен день, СВД ДГТ 20 Гр, оперативне втручання проводилось на 4 день опромінення.

За даною схемою проліковано 44 хворих на рак гортані. Проведена порівняльна характеристика клінічних даних. Також вивчалися і порівнювалися показники онкомаркерів Ki-67 і ERCC1 в двох групах до опромінення і після опромінення + операції. Першу групу склали 24 хворих, які прожили 5 і більше років, другу – 20 хворих, медіана виживаності яких менше 5-ти років.

При проведенні аналізу статистично значущої відмінності розподілу за віком між двома групами не виявлено.

У цих групах найбільше хворих було із III стадією раку, відповідно 12 – у першій групі і 10 – у другій. Розбіжності за стадіями захворювання між ними не встановлено.

Не виявлено і відмінностей розподілу за формою росту пухлини між хворими досліджуваних груп.

Домінував плоскоклітинний зрізований варіант раку в двох групах, відповідно 100% і 90%.

Виявлено статистично значущу відмінність між двома групами розподілу за локалізацією раку гортані. Так, у першій групі складково-підскладкова локалізація зустрічалася у половини (50%) хворих, а в другій – лише у 20% хворих, в той же час гортаноглоткова локалізація не зустрічалася у першій групі, а в другій – вона спостерігалася у 30% випадків.

Здійснивши аналіз середніх значень показника Ki-67 до проведення опромінення і після операції між хворими двох груп не було виявлено статистично значущої відмінності. Не знайдено також розбіжностей показників ERCC. Однак, встановлено збільшення показника Ki-67 після опромінення від 39% до 51,8% для другої групи хворих.

Результати даного дослідження свідчать, що недовготривале інтенсивне опромінення дозволяє отримати ефективні дози в короткий термін, операція виконується до початку променевих реакцій, забезпечується абластика, знижується ризик рецидиву захворювання, хворі підлягають меншому стресу, зменшується кількість відмов від операцій, значно скорочується термін лікування.

Найбільш сприятливою локалізацією раку гортані в плані виживаності є складково-підскладкова. Гортаноглоткова локалізація значно погіршує прогноз.

Онкомаркер ERCC1 не виявив відмінностей між двома групами і в динаміці лікування, тому не може бути використаний як прогностичний.

Збільшення показника онкомаркера Ki-67 після опромінення може бути прогностичною ознакою, яка свідчить про високу ймовірність розвитку рецидиву захворювання і короткий безрецидивний період.

ЧЕРЕЗШКІРНА ДИЛЯТАЦІЙНА ТРАХЕОТОМІЯ. ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІКИ ВИКОНАННЯ

Черезшкірна дилатаційна трахеостомія (ЧДТ) — це малоінвазивна альтернатива традиційній операції. Оперативне втручання може виконуватися в умовах палати інтенсивної терапії, без потреби транспортування хворого до операційної. Необхідною умовою проведення операції є забезпечення безперервного контролю вітальних функцій пацієнта.

В умовах реанімаційного відділення Київської обласної клінічної лікарні нами було виконано 26 оперативних втручань ЧДТ за методикою Грізга (1990р.) та 3 за методом Сиглі (1985р.).

Втручання проводилося для відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів при їх обструкції, а також з метою оптимізації умов для покращення вентиляції легень, запобігання аспірації вмісту глотки або шлунково-кишкового тракту, поліпшення умов для санації трахеобронхіального дерева, необхідності пролонгованої вентиляції легень.

ЧДТ виконувалась під ендотрахеальним наркозом. Хід операції контролювався візуально через інтубаційну трубку з використанням фібробронхоскопу із спеціальним конектором. Контроль положення трубки здійснювався шляхом візуалізації світлової плями фібробронхоскопу на передній поверхні шиї пацієнта. За неможливості використання бронхоскопу, контроль здійснювався через тактильне відчуття зміщення манжетки вгору під час підтягування інтубаційної трубки. Спочатку виконувалась пошукова пункція трахеї тонкою голкою вище яремної вирізки на 1-1,5 см, в проекції світлової плями фібробронхоскопа. Далі трахею пунктували за допомогою товстої голки з пластиковою насадкою 14 G, що встановлювалась в просвіт трахеї. Після видалення голки через канюлю проводився металевий, гнучкий провідник і канюля видаллялась. В місці передбачуваної стоми скальпелем виконували розріз шкіри. Подальші етапи операції проводилися за двома методиками. Згідно

методики Грізга (набір 100/891/, Portex) стома формувалась за допомогою затискача Ховарда-Келлі з внутрішнім каналом для провідника. Спочатку по провіднику вводився розширювач невеликого діаметру для формування каналу. На провідник нанизували в закритому стані затискач і просували його по каналу до контакту з передньою стінкою трахеї. Потім затискачем розшаровували передтрахеальні тканини, поступово просуваючись вглиб. Повторно нанизували затискач на провідник і просували до передньої стінки трахеї. Переводили руків'я затискача у вертикальне положення так, щоб його кінець, просуваючись вперед, пенетрував трахеальну стінку. Розширювали отвір в трахеї, відкриваючи затискач і витягали його у відкритій позиції.

За сучасною модифікацією методу Сиглі, формування трахеостоми здійснювали спеціально пристосованим конусоподібним дилатором з набору "Ультраперк" (Portex). Після формування каналу стоми (за методикою Сиглі або Грізга), по провіднику встановлювали трахеостомічну трубку відповідного розміру, після чого видаляли обтуратор і провідник. Про знаходження трахеостомічної трубки в трахеї свідчила наявність потоку повітря під час апаратного видиху.

Висновок: перевагами ЧДТ є скорочення часу виконання операції, менша травматизація тканин і ризик інфікування рани, відсутність необхідності класичного положення пацієнта із закинutoю головою (за наявності фібробронхоскопічного контролю), незначний косметичний дефект. Звичайно, у випадках надання допомоги в екстрених умовах, при недостатньо виражених анатомічних орієнтирах, наявності інфекційного ураження або новоутворень шкіри та м'яких тканин шиї у місці типового втручання, некерованій коагулопатії, нестабільному переломі шийного відділу хребта, а також у дитячій віковій групі перевагу слід надавати традиційній методиці виконання трахеостомиї.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Неблагоприятным фактором, влияющим на эффективность лечения больных раком гортани после ларингэктомии является возникновение местных гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений. Последние, по мнению некоторых авторов, преобладают над общими, и составляют около 65% (В.И. Троян, И.А. Синайко, 2014). В ходе различных исследований выявлено, что у больных после ларингэктомии отмечается пролонгированность раневого процесса на шее, что объясняется персистенцией бактериально-грибковых ассоциаций в ране с формированием системной воспалительной реакции.

Цель: на основании анализа бактериологического исследования секрета из трахеобронхиального дерева и раневого отделяемого у больных раком гортани разработать комплекс лечебных мероприятий, способствующий снижению частоты возникновения местных послеоперационных осложнений после ларингэктомии.

Материалы и методы.

В исследование были включены 53 больных раком гортани Т₃₋₄, которые находились на лечении в ЛОР-онкологическом отделении Днепропетровской областной клинической больницы с сентября 2014 года по январь 2015 года. Всем им было применено комбинированное лечение. В послеоперационном периоде у всех больных было проведено бактериологическое исследование секрета трахеобронхиального дерева и раневого содержимого перед началом лечения и через 7 дней.

По нашим данным, микрофлора у 74,5% пациентов была представлена микробными ассоциациями и лишь у 25,5% - монокультурами. Чаще всего среди возбудителей инфекции встречались: *Pseudomonas aeruginosa* – 83,1% случаев из них у 43 % в сочетании с *Proteus mirabilis*, 22,9% - с гемолитическим стафилококком, в 17,1% случаев – *Enterobacter* и в 16,9%

случаев определялись сочетания бактерий – *Proteus vulgaris* и *Staphylococcus aureus*. В 57% случаев бактериальная флора была ассоциирована с грибковой.

В контрольную группу вошли 27 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия: системная антибиотикотерапия (карбапенемы, амоногликозиды III поколения, цефалоспорины III поколения, соответствующие идентифицированной патогенной микрофлоре), ежедневный туалет раны растворами антисептиков (диоксидина и др). В основную группу вошли 26 пациентов, которым, помимо системной антибактериальной терапии, проводился предложенный нами комплекс терапевтических мер по уходу за послеоперационными ранами: ежедневная трехкратная обработка послеоперационной раны раствором антисептика, обладающего как антимикробным так и фунгицидным действием, затем нанесение на область раны гелей с аналогичным действием (тирозур, фузидерм и пр.). В случае преобладания грибковых ассоциаций применялись соответствующие гелевые препараты – фуцис гель и пр. Результаты лечения мы оценивали по отсутствию патологического отделяемого в послеоперационной ране, скорости элиминации патогенной микрофлоры.

Положительные результаты лечения больных раком гортани после ларингэктомии в основной группе – составили 46,8%, что на 13% эффективнее, чем в контрольной группе (33,8% случаев).

Таким образом, при применении разработанного нами комплекса терапевтических мероприятий у больных основной группы наблюдались позитивные тенденции в развитии раневого процесса в виде более быстрой элиминации микроорганизмов и купирования клинически выраженной местной воспалительной реакции к 7-9-м суткам послеоперационного периода.

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

В настоящее время перспективны способы доставки химиопрепарата непосредственно в область первичного очага. Они дают возможность целенаправленно воздействовать на опухоль, не оказывая столь угнетающего действия на здоровые зоны, как это наблюдается при системной полихимиотерапии.

Целью работы явился анализ и обобщение результатов применения регионарной внутриартериальной полихимиотерапии (ВАПХТ) в комплексном лечении злокачественных опухолей головы и шеи.

Материалы и методы: В отделении химиотерапии КЛПУ «Краматорский онкологический диспансер» с 2010 по 2013 гг. наблюдались 77 пациентов со злокачественными новообразованиями головы и шеи. Возраст больных колебался от 35 до 77 лет. Женщин было 17 (22,1 %), мужчин – 60 (77,9 %). Чаще всего наблюдался рак полости рта и ротоглотки – по 21 (27,3 %) больному, значительно реже – полости носа и околоносовых пазух (ОНП), кожи головы – 5 (6,5 %) и 3 (3,9 %) пациента соответственно.

Рак языка и небной миндалины наблюдался у 5 (6,5%) и 8 (10,3%) пациентов, соответственно. Рак гортани встречался у 12 (15,6%) больных. С заболеванием слюнных желез у нас лечилось 8 (10,3%) пациентов, причём у большинства из них был рак околоушной слюнной железы – 6 (7,8%) больных. Пациентов с начальными (I-II) стадиями заболевания было 19 (24,7%), с запущенными (III-IV) – 58 (75,3%). Следует отметить, что все случаи рака гортаноглотки были диагностированы в запущенных стадиях. Так же из запущенных злокачественных новообразований головы и шеи наиболее часто наблюдались: рак гортани – 83,3%; ротоглотки – 81,0%; полости носа и ОНП – 80,0%. Всем пациентам проведено 174 курса внутриартериальной регионарной химиотерапии. При этом первичный курс получили 77 пациентов, что составило 44,3%. Из них 48 (62,3%) больных

в последующем получили 97 (55,7 %) повторных курсов, а 55 (71,4 %) пациентов одновременно получили сочетанное химиолучевое лечение.

Перед курсом химиотерапии выполняли катетеризацию наружной сонной артерии или ее ветвей с учетом локализации первичного опухолевого процесса и поражения регионарных лимфатических узлов. При опухолях гортани катетер устанавливали в верхнюю щитовидную артерию с последующим его продвижением в верхнюю гортанную артерию. При опухолях языка и дна полости рта катетер устанавливали непосредственно в язычную артерию.

Полученные результаты и их обсуждение.

У всех пациентов зафиксирована резорбция опухоли более чем на 70%. Максимальные темпы регрессии опухоли выявлены после 2-х курсов внутриартериальной химиотерапии и курса лучевой терапии. Следует отметить, что 20 пациентов после полученного химиолучевого лечения были направлены в профильные клиники для проведения радикальной операции. В процессе лечения мы наблюдали ряд осложнений, таких как: тромбирование катетера – в 2 (2,6 %) случаях; нагноение послеоперационной раны – у 4 (5,2 %) пациентов; лучевой эпителиит – у 50 (64,9 %); гематологические (лейкопения, анемия, тромбоцитопения) – у 20 (26,0 %) больных. Двоим пациентам (2,6 %) с выраженным реактивным отеком гортани была выполнена трахеостомия.

Выводы.

Внутриартериальная регионарная химиотерапия в сочетании с лучевой терапией повышает эффективность лечения запущенных злокачественных опухолей головы и шеи.

Данная методика позволяет добиться удовлетворительных показателей продолжительности и качества жизни при снижении общетоксического действия химиопрепаратов.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СПОСОБІВ ПЛАСТИКИ ТРАХЕОСТОМИ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

Формування стійкої трахеостоми при ларингектомії з приводу раку гортані або гортано-глотки є важливим етапом операції. Від форми і розміру трахеостомічного отвору залежить перебіг післяопераційного періоду і подальший стан хворого. За даними літератури стеноз трахеостоми зустрічається у 4-41% хворих і може формуватися як в післяопераційному періоді, так і через кілька місяців після ларингектомії.

Найпростішим методом усунення звуження є встановлення трахеостомічної трубки. Відомо, що тривале канюленосійство крім значних незручностей для пацієнта може викликати досить серйозні ускладнення (грануляції і пролежні в трахеї, арозивні кровотечі, хондроперихондрит півкілець трахеї, хондромаліацію, стенозування просвіту, інфікування нижніх дихальних шляхів та легень).

На сьогоднішній день в літературі описано ряд способів формування стійкої безканюльної трахеостоми, розглянемо основні їх принципи.

1. Косий зріз трахеї при відсіченні її від гортані та підшивання до шкіри має на меті збільшити площу трахеостомічного отвору.

2. Формування «фракетки» з висіченням шкіри навколо стоми (запропоноване ще в 1943 р. проф. О.С. Коломійченком), для розтягнення країв трахеостоми.

3. Викроювання лоскутів із стінки трахеї з наступним вшиванням в шкіру навколо трахеостоми, для формування своєрідної розпорки.

4. Вшивання в стінки трахеї шкірних лоскутів для збільшення діаметру трахеї.

5. Використання матеріалів, що збільшують каркасність трахеостоми (край персневидного хряща, гомотрансплантанти, тефлон, титан).

Не зважаючи на ряд існуючих методик, до формування стійкої безканюльної трахеостоми сьогодні висуваються нові вимоги. Трахеостома повинна забезпечити адекватне дихання, легкий самостійний догляд за нею, не обмежувати вірогідну хірургічну реабілітацію голосу, можливості дихальної реабілітації за допомогою різноманітних фільтрів, тривало зберігати стабільну форму.

Слід зазначити, що під впливом сили тяги трахеобронхіального дерева культя трахеї різ-

ною мірою опускається, що сприяє звуженню стоми. До того ж, грубі рубцеві післяопераційні та постпроменеві зміни погіршують ефективність пластичних операцій в даній області.

Враховуючи актуальність та практичне значення даної проблеми нашою метою було порівняння ефективності основних поширених методів формування (пластики) трахеостоми.

При стійких деформаціях та звуженнях трахеостоми у відділі онкопатології ЛОР-органів розроблено методику розширення шляхом комбінації відсічення? трахеї по кільцю, висічення м'яких тканин навколо трахеї та фіксації її жорсткими сполучними тканинами.

В дослідження увійшло 38 пацієнтів, серед них 34 чоловіки, 4 жінки. Переважну більшість прооперовано з приводу раку гортані – 31 чоловік, з приводу раку гортаноглотки – 7. Пацієнтів поділено на три однорідні групи залежно від типу пластики трахеостоми. В I групі трахею відсікали навскоси; в II групі комбінували відсічення? трахеї по кільцю та висічення м'яких тканин; в III групі розширення трахеостоми виконували згідно розробленої методики.

Результати.

В I групі пацієнтів скорочення діаметру трахеостоми більше 3мм відбулось у переважній більшості, вимушене канюленосійство в 20% випадків. В II групі переважно було сформовано стійкі широкі трахеостоми округлої форми, у 26% випадків спостерігалось скорочення 3-8 мм. В III групі спостерігалось незначне скорочення діаметру стоми (1-2 мм), не зважаючи на проведення курсу променевої терапії вже після операції у 61% пацієнтів даної групи.

Висновки.

Запропонована методика формування трахеостоми дозволяє не користуватись трахеостомічною трубкою з першого дня післяопераційного періоду, знижує вірогідність ускладнень, не обмежує онкологічний план операції, не ускладнює виконання ларингектомії, дає можливість сформувати стійку трахеостому правильної форми для подальшої голосової та дихальної реабілітації, а також у пацієнтів групи ризику (гіперстеніків, хворих з невеликим діаметром трахеї, у випадках резекції трахеї).

*Н.В. ПИЛИПЮК, Т.А. ГОБЖЕЛЯНОВА, А.С. ЮРИН, Д.Н. ПИЛИПЮК,
И.В. ДОБРОНРАВОВА, Т.В. БАНДЫШ (ОДЕССА, УКРАИНА)*

ИНДУКЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ

Рак гортаноглотки – одна из наиболее сложных для лечения злокачественных опухолей, характеризующихся неблагоприятным прогнозом, необычно ранним развитием симптомов, анатомической сложностью локализации, быстрой диссеминацией, низкой эффективностью лечения и инвалидизацией больных после комбинированных хирургических вмешательств.

Цель исследования – повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни больных раком гортаноглотки путем использования современных противоопухолевых препаратов в индукционном режиме в сочетании с лучевой терапией.

Материалы и методы. В исследование включено 16 больных с гистологически верифицированным раком гортаноглотки T₂₋₄N₀₋₂M₀, которым проводилось 2 курса индукционной

химиотерапии с интервалом 3-4 недели по схеме паклитаксел 175 мг/м², карбоплатин – АUC-6, затем – лучевая терапия СОД 40-45 Гр. Больным, у которых была достигнута полная регрессия 7 (43,1%), лучевая терапия продолжена до радикальной дозы 60Гр. Пациентам, у которых отмечена частичная регрессия 5 (31,2%) и стабилизация процесса 4 (25,7%), выполнялось хирургическое лечение. Органосохраняющие операции произведены четырем пациентам; комбинированные расширенные ларингэктомии – пяти. Все больные живы в течение 2-х лет, 2-летняя безрецидивная выживаемость составила 88,8%.

Таким образом, использование современных противоопухолевых препаратов способствует повышению эффективности лечения и улучшению качества жизни больных раком гортани и гортаноглотки.

© Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, А.С. Юрин, Д.Н. Пилипюк, И.В. Добронравова, Т.В. Бандыш, 2015

*Н.В. ПИЛИПЮК, Т.А. ГОБЖЕЛЯНОВА, А.С. ЮРИН, Д.Н. ПИЛИПЮК, Т.В. БАНДЫШ
(ОДЕССА, УКРАИНА)*

ВАРИАНТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗОНЫ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Лечение опухолей полости рта и ротоглотки до настоящего времени является одной из самых сложных проблем онкологической практики. По мнению многих авторов, 65% больных поступают на специальное лечение с местно распространенным опухолевым процессом и регионарными метастазами. А у 35% больных диагностируются ограниченно распространенные злокачественные опухоли без регионарных метастазов. До настоящего времени, учитывая данные литературы, нет единого мнения о профилактическом лечебном воздействии на зоны возможного регионарного метастазирования при раке полости рта и ротоглотки. Целью нашего исследования является изучение целесообразности лечебного воздействия на зоны регионарного метастазирования у больных с опухолевыми поражениями слизистой полости рта и ротоглотки без клинически выявленных регионарных метастазов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 97 первичных больных, лечившихся в отделении с 2000 по 2010 г по поводу злокачественных поражений полости рта и ротоглотки, без клинически определяемых регионарных метастазов (N₀). В зависимости от произведенных способов воздействия на регионарный лимфатический аппарат (РЛА), больные были разделены на три группы. Первую группу в количестве 15 наблюдений составили пациенты, которым после хирургического лечения первичного очага лечебное воздействие на РЛА не выполняли, а оставлены под динамическое наблюдение. Второй группе – в количестве 46 больных – производилась профилактическая (дистанционная гамма-терапия) ДГТ на зоны регионарного метастазирования. Третьей группе была произведена профилактическая шейная лимфодиссекция (ШЛД) – 36 пациентов.

Результаты. Частота появления регионарных метастазов на шее в группе динамического наблюдения – 60%, в группе профилактической ДГТ – 33%, в группе профилактической ШЛД – 11.5%.

Выводы. На основании полученных данных шейная лимфодиссекция является надеж-

ной профилактикой прогрессирования опухолевого процесса в области регионарного лимфатического аппарата при опухолевых поражениях полости рта и ротоглотки.

Тактика динамического наблюдения за зонами регионарного метастазирования является неприемлемой.

© Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, А.С. Юрин, Д.Н. Пилипюк, Т.В. Бандыш, 2015

М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ, А.С. ЮРИН, Ю.В. ЮРЧЕНЯ (ОДЕССА, УКРАИНА)

СКОРОСТЬ ОБЪЕМНОГО КРОВОТОКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ – ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БЕЗРЕЦИДИВНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Традиционно рассматривают следующие факторы влияющие на пролиферацию опухолевых клеток: ангиогенез, перфузия и микроциркуляция, сосудистая проницаемость; лимфатическая система (сосуды); интерстициальное пространство, давление интерстициальной жидкости (осмотическое и онкотическое). Внутриопухолевая сосудистая сеть может значительно различаться в опухолях одной и той же локализации, гистологического строения и даже степени дифференцировки. Сосудистое ложе опухоли является системой, снабжающей новообразование всем необходимым для жизнедеятельности, и транзитным путем для опухолевых клеток, которые выходят из первичного опухолевого узла и дают начало формированию регионарных и отдаленных метастазов. Функциональные характеристики сосудистой сети и перфузии привлекают к себе внимание как маркеры прогноза опухолевой прогрессии и тканевой гипоксии.

Цель исследования: показать возможную связь внутриопухолевой скорости объемного кровотока (СОК) злокачественных опухолей околоносовых пазух и длительности безрецидивного периода при комбинированном лечении.

Материалы и методы

Перфузиографию злокачественных опухолей околоносовых пазух исследовали на мультidetекторном рентгеновском компьютерном томографе «Somatom Volume Zoom» («Siemens», Германия). При перфузиографии проводили болюсное введение в промежуточную вену локтя рентгеноконтрастного соединения (РКС) Томогексол 300: 50 мл со скоростью 3,0-3,5 мл/с. В процессе постобработки с использованием пакета программ Perfusion полу-

чали изображения по СОК, объему крови, времени транзита, график зависимости рентгеновской плотности артериальной крови, венозной крови, опухолевой ткани от времени при введении РКС [1,4,7].

Перфузиография проведена до начала лечения у 43 больных с 8 нозологическими формами злокачественных новообразований верхнечелюстной пазухи и пазух решётчатой кости, леченных в базовом отделении кафедры ОНМедУ за 5 летний период (2009-2014).

Результаты исследования

В процессе постобработки перфузиограмм получены количественные показатели внутриопухолевой СОК для 8 нозологических форм злокачественных опухолей. Ретроспективно проведен регрессионный анализ зависимости длительности 1-й ремиссии от СОК злокачественных опухолей верхнечелюстной пазухи и пазух решётчатой кости в дооперационный период.

Выводы

В рамках регрессионного анализа идентифицируется обратно пропорциональная связь СОК злокачественных новообразований верхнечелюстной пазухи и лабиринта решётчатой кости с продолжительностью 1-й ремиссии после лечения больных в рамках алгоритма операция + системная энзимотерапия + лучевая терапия. СОК является косвенным параметром эффективности диагностики и лечения данной когорты больных. Использование СОК позволяет прогнозировать продолжительность безрецидивного периода при различных нозологических форм злокачественного опухолевого поражения придаточных пазух носа.

© М.Б. Пионтковская, А.С. Юрин, Ю.В. Юрченя, 2015

К ВОПРОСУ ОБ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Ранние радиомукозиты (РМ) верхних дыхательных путей (ВДП) встречаются практически у каждого больного получающего лучевую терапию (ЛТ) впервые и приблизительно у 41-54% больных, получающих ЛТ по поводу рецидивов злокачественных опухолей ВДП. Из всех покровных тканей слизистая оболочка ВДП является наиболее радиочувствительной, особенно на участках, прилегающих к опухолевому полю. Реакции слизистой оболочки при **сопутствующих РМ** проявляются в виде эритем, очагового или сливного диффузного эпителиита. Уже при относительно незначительной суммарной общей дозе (СОД) 12-15 Гр появляются первые признаки лучевой реакции в виде очаговой, а затем диффузной эритемы и отека слизистой оболочки, нарушение мукоцилиарного транспорта (МЦТ) вплоть до полной блокады, десквамация и дальнейшая метаплазия мерцательного эпителия в многослойный плоский с последующим функциональным снижением его защитно-функциональных способностей.

Цель исследования – повышение эффективности, лечения радиомукозитов орофарингеальной области путем использования протеолитического состава для аппликационной и ингаляционной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов с ранними лучевыми поражениями различной степени, возникших у больных злокачественными опухолями этмоидомаксильярной локализации, впервые получающих лучевую терапию в составе специального лечения, в возрасте от 39 до 70 лет. Клиническое обследование проводилось согласно стандарту с учетом общих и местных проявлений основного процесса. Для оценки выраженности местных воспалительно-дистрофических процессов при лучевых эпителиитах использовались: патогистологическое исследование состояния слизистых оболочек сопряженных и сопутствующих областей в различные сроки от начала лечения; измерение динамической функции мерцательного эпителия ВДП в различные сроки от начала лучевой терапии (в норме – 4 мин. 36 сек. \pm 8 сек.); интенсивности миграции лейкоцитов на поверхность слизистой оболочки ВДП (в норме $27,7 \pm 2,0$ клеток в 1 мм^3 промывной жидкости); степени десквамации эпителия (в норме $9,90 \pm 1,77$ клеток в 1 мм^3). В период с 5 по 21 день от начала ЛТ наряду с традиционными противовоспалительными общими и мест-

ными воздействиями проводили ультразвуковые ингаляции эктоина в течение 10 минут через 1 час после сеанса ЛТ при всех видах РМ и аппликацию вобэнзима в виде примочек в послеоперационных полостях, через 2 часа - ультразвуковые ингаляции с амброксолом в течение 10 минут, плавно переходящие в 10-минутные ингаляции с фурацилином 1: 5000.

Результаты и их обсуждение. Исследования биоптатов слизистых оболочек больных из послеоперационных полостей и прилежащих областей показали существенные различия в морфологии этих локализаций. Так, при взятии материала из послеоперационной полости, сформированной при ринотомии по Денкеру, спустя 1 месяц после операции оказалось, что вновь образованная вследствие репаративной регенерации слизистая оболочка, выстилающая полость, хотя и сохраняет свою тканевую дифференцировку, но имеет качественные морфологические отличия, хуже кровоснабжается за счет компенсаторной гиперплазии элементов соединительной ткани, практически не содержит бокаловидных клеток, а если и содержит, то клетки атрофичны, гипопластичны.

При взятии биопсийного материала из прилежащих областей слизистых оболочек ВДП наблюдалась следующая картина. У всех пациентов, к концу 4-й недели от начала ЛТ мерцательный эпителий метаплазировал в многослойный плоский. Замена цилиндрического эпителия ВДП в результате метаплазии приспособляет слизистую к новым условиям существования, увеличивает количество бокаловидных клеток, вызывая их гиперплазию, и создает благоприятные возможности для вторичного инфицирования.

Максимальная степень миграции лейкоцитов и десквамации эпителия приходится на период с 5-х по 21-е сутки и полностью к исходному не возвращается после перерыва, что требует использования медикаментов, обладающих протеолитической активностью, на фоне антибактериальных и противовоспалительных средств.

Вывод. Использование гидроизоляционного протеолитического комплекса для ингаляционной и аппликационной терапии слизистых оболочек обеспечивает непосредственный положительный результат у больных с РМ без осложнений и побочных эффектов в 100% наблюдений.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ОНКОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА РАННІХ СТАДІЯХ

Складність структури і функції ЛОР-органів, анатомічна близькість життєво важливих відділів центральної нервової системи, перехрестя дихального і стравохідного шляхів, наявність магістральних нервовосудинних пучків і рефлексогенних зон визначають ряд властивостей, що характерні пухлинам цих органів. Особливості клінічного перебігу пухлинного процесу, труднощі діагностики, ефективність лікування і прогноз залежить від первинної локалізації і розповсюдження пухлини, в цьому відношенні не є виключенням новоутворення верхніх дихальних шляхів і вуха. Це дозволяє з повним обґрунтуванням виділити онкоотоларингологію як самостійний розділ оториноларингології.

Існуючі в теперішній час в ООД відділення пухлин голови та шиї не в змозі забезпечити своєчасну, кваліфіковану допомогу усім хворим з новоутвореннями ЛОР-органів. Але немає сумніву, що ці відділення повинні тісно працювати у співдружності з ЛОР-клініками медичних університетів, академій післядипломної освіти, ЛОР-відділеннями обласних лікарень, які укомплектовані висококваліфікованими спеціалістами.

З моменту формування оториноларингології як окремої клінічної дисципліни медицини, онкоотоларингологія ввійшла в неї невід'ємною складовою. Знання нормальної картини ЛОР-органів, стану гострого і хронічного запалення, продуктивних видів запалення дає можливість досвідченому отоларингологу диференціювати їх з онкологічним процесом. Наявність клінічного досвіду є передумовою виявлення ЛОР-онкологічного процесу на ранніх стадіях.

В зв'язку з поділом отоларингології на субспеціальності, онкоотоларингологія була виділена в самостійну дисципліну і затверджена наказом МОЗ України за № 359 від 19.12.1997 р. В номенклатурі лікарських спеціальностей вона має № 72.

Наказом МОЗ України № 208 від 30.12.1992 р. «Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню» було запропоновано створити при онкодиспансерах відділення пухлин «Голова-Шия», що і було зроблено в Чернівецькій області відповідним наказом ОУОЗ №11 від 22.01.1996 р.

Завідувачами таких підрозділів ставали здебільшого щелепно-лицеві хірурги, лікарі високої кваліфікації і відповідного хірургічного діапазону. Диспансеризацію ЛОР онкологічних хворих перебрали на себе районні і міські онко-

логи, які весь потік хворих спрямовували на онкологічні диспансери. Така концентрація всіх онкологічних хворих в одному ЛПЗ передбачала в основному позитивні моменти, але як виявилося пізніше мала і негативні сторони.

Онкологи загального профілю та онкологи відділень хірургії голови та шиї, які в основному представлені щелепно-лицевими хірургами далеко не завжди володіють спеціальними отоларингологічними методами дослідження.

Поступово отоларингологи були вилучені з процесу діагностики, верифікації діагнозу і лікування онкологічних хворих, оскільки ці хворі не потрапляли більше в ЛОР-стаціонари. Різко знизилась виявляємість пухлин на ранніх стадіях. Висококваліфіковані фахівці інших суміжних спеціальностей часто при всьому бажанні не спроможні виявити онкологічний процес ЛОР-органів, а особливо на ранніх стадіях. Тільки отоларинголог, який постійно займається такими хворими може розпізнати онкологічну патологію, запідозрити і виявити ЛОР-онкологію на ранніх стадіях, коли пацієнт ще має шанси на одужання. Задача лікаря – не пропустити новоутворення навіть у тому випадку, коли воно суб'єктивно ще ніяк не проявляється чи його прояви неспецифічні.

Оскільки онкологічний процес в ЛОР-органах має свої особливості то ні в якому разі отоларингологів не можна вилучати з процесу виявлення ЛОР-онкологічних хворих.

На сьогоднішній день ЛОР-центр ОКЛ надає онкологічним хворим як невідкладну так і планову хірургічну допомогу відповідно до стандартів надання ЛОР-онкологічної допомоги на III-IV рівні. За останні роки відмічається позитивна динаміка щодо раннього виявлення онкологічних хворих в I-II стадіях.

Так, в 2009 році в I-II стадіях виявлено 32,4% хворих; в 2010 р. – 43,8%; в 2011 р. – 42,4%; в 2012 році – 53,2%; в 2013 р. – 52,9%; в 2014 р. – 56,1% хворих.

Збільшення кількості виявлених хворих в ранніх стадіях дають можливість проводити ощадливі, часткові резекції, що в функціональному плані більше позитивні для хворого, ніж радикальні оперативні втручання з повним вилученням ураженого органу. Доопераційне і післяопераційне опромінення і хіміотерапію хворі отримують в ООД, оперативне лікування в ЛОР центрі ОКЛ і відділенні пухлин «Голова-Шия» ООД.

Висновок

Онкоотоларингологія є невід'ємною частиною оториноларингології. Всі ЛОР-лікарі, підготовлені з онкоотоларингології, повинні

вчасно і на ранніх стадіях виявляти онкологічний процес з боку ЛОР-органів, що дасть можливість покращити результати лікування та якісні показники здоров'я населення.

© О.Г. Плаксивий, М.Д. Воевідка, І.В. Калущкий, І.В. Незборецький, О.О. Мазур, В.В. Сучеван, 2015

В.І. ПОПОВИЧ, Н.М. КУДЕРСЬКА, Н.В. АЛЕКСАНДРУК (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ГОРТАНІ У ПАЦІЄНТІВ З ОБЛІГАТНИМИ ПЕРЕДРАКОВИМИ ПРОЦЕСАМИ

В Івано-Франківській області щороку реєструється 2,5-3 тис. хворих на злоякісні новоутворення. Більше 200 випадків припадає на злоякісні пухлини ЛОР-органів, а більшість із них (понад 65%) на пухлини гортані. Як відомо, основним шляхом формування злоякісних пухлин гортані є малігнізація передракових процесів, а до захворювань з найвищим ризиком малігнізації відноситься хронічний рецидивуючий папіломатоз гортані, який є типовим представником облігатних передракових процесів. Таким чином, адекватне лікування передракових процесів взагалі, а рецидивуючого папіломатозу гортані зокрема, є найефективнішим заходом первинної профілактики раку.

Найчастішою причиною виникнення папілом є інфікування онкогенним ДНК вірусом папіломи людини 11 і 6 типу. Це віруси, що стимулюють проліферацію епітеліальних клітин базального шару слизової оболонки дихальних шляхів з утворенням папіломатозних розростань. Лікування в даний час комбіноване і включає видалення папілом з місцевим та системним протизапальним лікуванням. Проте, незважаючи на всі зусилля сучасної медицини, зберігається висока частота рецидивування і малігнізації папілом.

Метою роботи було вивчити частоту рецидивів папіломатозу гортані в умовах адекватного лікування.

В дослідження включено 12 пацієнтів із діагнозом рецидивуючий папіломатоз гортані. У всіх пацієнтів факт інфікування папілома віру-

сами 6 та 11 типів підтверджений з допомогою ПЛР після видалення папілом, а морфологічно діагностувалась дисплазія епітелію 2-3 ступеню. Тяжка дисплазія супроводжувалась відповідною клінічною картиною частого рецидивування: більше 3 раз на рік.

Всім пацієнтам після виписки із стаціонару і стихання явищ «післяопераційного ларингіту» призначалась комплексна імунотерапія, що підвищує ефективність гуморального імунітету (через збільшення продукції ендогенних альфа-і гама-інтерферонів) та клітинного імунітету (через активацію «кисневого вибуху» в імунних клітинах та диференціювання Т та В – лімфоцитів), що сумарно підвищує неспецифічну резистентність організму. Тривалість лікування 4 тижні, з двома повторними курсами через 4-4,5 місяців. Термін спостереження два роки.

У всіх пацієнтів протягом вказаного терміну клінічно спостерігалась стійка ремісія захворювання. Ларингоскопічно відмічалась стабілізація папіломатозного процесу із збереженням післяопераційного його стану.

Таким чином, комплексний вплив на гуморальну та клітинну ланки неспецифічного імунітету сприяє стабілізації перебігу часто рецидивуючого папіломатозу гортані. Такий підхід рекомендований для диспансерного спостереження і контролю над захворюванням в амбулаторних умовах. Тривала ремісія сприяє попередженню прогресування захворювання і таким чином зменшує вірогідність малігнізації папіломатозу.

© В.І. Попович, Н.М. Кудерська, Н.В. Александрук, 2015

ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ НОСОГЛОТКИ

За останнє десятиліття відзначається приріст захворюваності раку носоглотки (РН) в країнах Європи майже в 1.5 рази, а проблема своєчасної діагностики залишається актуальною, адже у 85-90% випадків хвороба діагностується на задавнених – III-IV стадіях. РН є ендемічним захворюванням в південній частині Китаю та південно-східній Азії і досягає 20-30 випадків на 100000 населення. На решті території світу розповсюдженість РН значно менша і коливається від 0.4 до 3 випадків на 100000 населення. Тотальний скринінг РН на не ендемічних регіонах є економічно не обґрунтований, а впровадження формування груп ризику на РН та алгоритму їх обстеження, дозволить покращити як виявлення, так і підвищити показники ранньої діагностики. Основу цієї групи складають хворі на хронічний аденоїдит з високою активністю ВЕБ-інфекції (вірус Епштейна-Бар). Так, у таких пацієнтів після додаткового обстеження з ймовірністю в 18.8% випадках можна виявити РН, причому в двох третинах з них, на I-II стадіях (Попович В.І., Лешак В.І., 2014). Завдяки впровадженню методики активного виявлення РН серед пацієнтів з групи ризику в Івано-Франківській та Закарпатських областях отримані наступні результати. Для визначення ефективності такого підходу порівнювались захворюваність, статеві віковий склад, морфологія та показники ефективності ранньої діагностики РН згідно даних канцерреєстру Івано-Франківської та Закарпатської областей в періоди до та після впровадження даного алгоритму. Так на Закарпатті в період з 1998 по 2000 рр захворюваність становила 0.7 випадка на 100000 населення, а в Іва-

но-Франківській області в два рази вища – 1.4 випадка на 100000 населення. В період 2010-2012рр. в Закарпатті захворюваність зросла до 1.1 випадка на 100000 населення. Також, зросла захворюваність і на Прикарпатті до 3.3 випадка на 100000 населення. Захворюваність в обох регіонах зросла більш ніж у 1.5 рази. Співвідношення між чоловіками та жінками складає 2:1. Переважний вік: серед чоловіків старше 40 років 82% хворих, серед жінок переважний вік 31-60 рр, що складає 79.5%. Після 60 років у жінок відмічено зниження захворюваності на дану патологію. В індивідуумів обох статей за морфологічним типом пухлини переважували недиференційовані раки (асоційовані з ВЕБ) – дві третини випадків. У чоловіків цей показник становив – 57%, а у жінок, ця перевага була більш вираженою і становила більше 70%. Дані показники статистично не відрізнялися в обох часових проміжках. Що до показників ефективності ранньої діагностики, то на Закарпатті в період з 1998 по 2000 рр. рак носоглотки на I-II стадії виявлено всього в 7.5%, в період з 2010 р. уже в 13%. В Івано-Франківській області дані показники ще більше покращились, так в 1998 – 2000 рр. у пацієнтів з вперше встановленим діагнозом, рак носоглотки I-II стадії виявлений у 8% хворих, аз 2010 рр. завдяки впровадженню системи активного виявлення, рак носоглотки I-II стадії встановлено уже 27% хворих. Отже, спостерігається тенденція до зростання захворюваності на РН на фоні незадовільних показників ранньої діагностики. Впровадження системи формування груп підвищеного ризику на РН дозволяє значно покращити показники ранньої діагностики.

© В.І. Попович, В.І. Лешак, Н.Ю. Дячун, 2015

РАК ПОРОЖНИНИ РОТА ТА РОТОГЛОТКИ. ІНДИВІДУАЛІЗОВАНІ ПІДХОДИ ДО ОБСЯГУ ШИЙНОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ

Захворюваність на рак порожнини рота (ПР) та ротоглотки (РГ) в Україні у 2013 році за даними Національного канцер-реєстру становила біля 5000 випадків, або 11,0 на 100 тисяч населення. Результати лікування цих пухлин

крайне незадовільні, так як в перший рік після встановлення діагнозу помирає більш ніж 40 % хворих. Одним із найважливіших факторів, який суттєво впливає на прогноз захворювання є метастатичне ураження шийних (регіонарних) лі-

мфатичних вузлів (ЛВ). Наявність регіонарних метастазів достовірно знижує майже вдвічі п'ятирічну виживаність. Разом з тим майже половина хворих на рак ПР та РГ мають клінічне або субклінічне ураження ЛВ ший на час встановлення діагнозу.

Тому вибір найбільш оптимального обсягу шийної лімфодисекції (ШЛД) є важливим питанням для отримання позитивних результатів лікування хворих на рак ПР та РГ.

Мета дослідження. Індивідуалізувати обсяг ШЛД у хворих на рак ПР та РГ.

Матеріал та методи. В дослідження включено 132 хворих. З них на рак ПР – 97 та рак РГ – 35 у віці від 31 до 80 років ($T_{2-4}N_0M_0$ – 26, $T_{1-3}N_1M_0$ – 64, $T_{1-4}N_2M_0$ – 39, $T_4N_3M_0$ – 3). Осіб чоловічої статі – 99 (75,0 %), жіночої – 33 (25,0 %). У 64 (48,5 %) хворих на першому етапі лікування безпосередньо перед променевою терапією (ПТ) проведена індукційна поліхіміотерапія та ПТ, тільки ПТ – у 35 (26,5 %) на первинну пухлину та зони регіонарних метастазів I – III рівнів ЛВ ший. У 33 (25,0 %) хворих на першому етапі лікування виконувалось хірургічне втручання на первинній пухлині та регіонарних лімфатичних вузлах (РЛВ). Виявлення сторожових ЛВ у 24 хворих на рак ПР проводили шляхом використання барвника 1 % водного розчину метиленового синього.

Результати та обговорення. Більш чітко визначити обсяг операції, диференційовано підійти до вибору та проведення різних варіантів ШЛД дозволив їх розподіл на радикальну, модифіковану радикальну та селективну, а також виділення 6 основних рівнів шийних лімфатичних вузлів. Новим в концепції хірургічного лікування регіонарних метастазів у хворих на рак РП є інтраопераційна діагностика сторожового ЛВ, який визначають, як перший фільтр, через який проходить лімфовідтік від первинного вогнища.

Питання виконання ШЛД та її обсягу вирішувались індивідуалізовано з врахуванням стану РЛВ до початку лікування та через 3-4 тижні після проведеної передопераційної терапії, локалізації, ступеню регресії первинної пух-

лини та можливості проведення радикального хірургічного втручання на первинній пухлині.

Із 132 хворих на рак ПР та РГ селективна ШЛД виконана у 69 (52,3 %) хворих, модифікована радикальна ШЛД у 51 (38,6 %), радикальна ШЛД у 8 (6,1 %) та розширена радикальна ШЛД у 4 (3,0 %).

Із 24 хворих на рак порожнини рота з відсутністю регіонарних метастазів (PM) (N0), у яких проведено одночасне хірургічне видалення первинної пухлини та ШЛД, приховані метастази виявлені у 20,8 %. У 83,9 % хворих на рак ПР та РГ з N +, які отримували передопераційну ПТ на первинну пухлину та РЛВ I – III рівнів виявлені метастази в РЛВ та у 16,1 % - виражений лікувальний патоморфоз без виявлення пухлинних клітин. Вставлено, що опромінення зони регіонарного метастазування рака ПР та РГ сприяє більш пізній реалізації метастазів.

При ідентифікації сторожового ЛВ виконувались селективні ШЛД, обсяг яких визначався їх локалізацією у відповідних рівнях. У всіх випадках видалялись ЛВ наступного рівня за рівнем ідентифікованого сторожового ЛВ. При локалізації сторожового ЛВ в IV рівні та при негативних результатах ідентифікації сторожового ЛВ виконувалась модифікована радикальна ШЛД.

За період спостереження регіонарний рецидив був виявлений у 2 (1,5 %) хворих після радикальної ШЛД, у яких спостерігалось екстракапсулярне розповсюдження метастатичної пухлини.

Висновки. При лікуванні регіонарних метастазів необхідні індивідуалізовані підходи до вибору обсягу ШЛД в залежності від N стадії плоскоклітинного раку ПР та РГ. При ідентифікації сторожового ЛВ можливі менш травматичні функціонально-зберігаючі селективні ШЛД, обсяг яких визначається їх локалізацією у відповідних рівнях ЛВ ший. У хворих з N + до початку лікування необхідно виконувати модифіковану ШЛД, не дивлячись на відсутність ознак наявності метастазів в шийних ЛВ після передопераційного хіміо-променевого лікування.

*Ю.А. СЕРЕЖКО, Р.И. КРАСИЙ, В.В. СТРЕЖАК, Е.Н. ЦЫМБАЛЮК, В.Я. ДИХТЯРУК,
В.Ю. СТАРЧЕНКОВ (КИЕВ, УКРАИНА)*

ЭТАПЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНИ В ГУ «ИНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГИИ ИМ. ПРОФ. А.И. КОЛОМЙЧЕНКА НАМН УКРАИНЫ»

Злокачественные опухоли среднего отдела гортани являются наиболее частыми, как в структуре общей, так и в ЛОР онкологической заболеваемости. Успехи онкологии в лечении больных позволили выполнять радикальные оперативные вмешательства с сохранением органа.

Основоположником и разработчиком резекций гортани в Киевском НИИ отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко был директор, профессор А.И. Цыганов. Под его руководством внедрялись собственные методики и модификации резекций гортани: фронтолатеральной (диагональной) и фронтальной, способ КНИИО.

В дальнейшем, как результат поиска органосберегающих операций, была предложена резекция гортани по КНИИО-2, имевшая ряд недостатков. С течением времени и усовершенствованием техники хирургического вмешательства, профессором Лукачем Э.В., был разработан способ удаления опухоли среднего отдела гортани вместе с четырехугольным участком пластинки щитовидного хряща. Оставшаяся часть пластинки хряща по верхнему и заднебоковому краям позволяла формировать каркас гортани, что значительно улучшило реабилитацию больных.

Усовершенствование методов диагностики, в частности компьютерная томография (КТ)

шей с контрастированием, позволили более точно определить края опухоли и ее распространение на соседние структуры. С учетом данных КТ был предложен способ сегментарной резекции пластинки щитовидного хряща. При этом щадящая методика операции не ухудшила радикальность вмешательства. Естественно, что для каждого предложенного способа резекции гортани были строгие показания, при выполнении которых, достигалось отсутствие рецидивов опухоли.

Дальнейшие разработки с пластическим закрытием послеоперационного дефекта позволили улучшить качество голоса и реабилитацию пациентов.

Одним из перспективных направлений – является эндоларингеальное удаление опухоли. Усовершенствование таких оперативных вмешательств на гортани, под руководством директора Института академика Заболотного Д.И., направлено на улучшения качества жизни пациентов.

Таким образом, на протяжении десятилетий, проводится усовершенствование и разработка новых способов оперативных вмешательств, при злокачественных опухолях гортани, с соблюдением принципов радикальности при сохранности органа.

© Ю.А. Сережко, Р.И. Красий, В.В. Стрежак, Е.Н. Цымбалюк, В.Я. Дихтярук, В.Ю. Старченков, 2015

В.В. СТРЕЖАК, Э.В. ЛУКАЧ, Ю.О. СЕРЕЖКО, В.Я. ДИХТЯРУК (КИЕВ, УКРАИНА)

СОПУТСТВУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ И СПОНТАННЫХ ОРОФАРИНГОЭЗОФАГАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Введение. Орофарингоэзофагальные дефекты (ОФЭД) формируются во время операции – ларингэктомии, как плановые орофарингоэзофагальные дефекты (ПОФЭД) или образуются спонтанно в послеоперационном периоде, как спонтанные орофарингоэзофагальные дефекты (СОФЭД). ОФЭД по сути представляют собой плановые или спонтанные фистулы. Учитывая место образования и проекцию на анатомическую область ОФЭД делятся на оростомы (ОС), фарингостомы (ФС), эзофагостомы (ЭС), также

стомы небольших размеров соответственно кожно-оральными (КОФ), кожно-фарингеальными (КФФ) и кожно-эзофагальными фистулами (КЭФ). В зависимости от обширности дефекта встречаются их комбинации, т.к. орофарингостома (ОФС), фарингоэзофагостома (ФЭС), орофарингоэзофагостома (ОФЭС).

В зарубежной литературе ОФЭД встречаются под общим названием послеоперационных слюнных фистул, но для большего удобства

в выборе методов их пластического закрытия более предпочтительной является выше описанная классификация.

Осложнения, которые сопровождают ОФЭД бывают местными (абсцесс, флегмона, некроз окружающих тканей, кровотечение, подкожная гематома, мацерация кожи вокруг стомы, лимфорея, гиперсолевация и др.) и общими (пневмония, трахеобронхит, абсцесс лёгких, тромбгеморрагические осложнения, сердечно-сосудистая недостаточность и др.).

При наличии осложнений длительность послеоперационного лечения больных в стационаре значительно увеличивается.

Цель – выявить наличие сопутствующих осложнений у больных с ПОФЭД и СОФЭД

Материалы и методы.

Изучены результаты лечения 61-го ларингэктомированного больного в отделении онкопатологии ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченка НАМН Украины» 2013-14 годах. Сравнивались 2 группы исследования. В 1-ю (n-29) вошли результаты исследования больных, которым во время операции искусственно сформированы плановые глоточные дефекты (ПГД), во 2-ю результаты исследования больных (n-32) у которых спонтанные глоточные дефекты (СГД), образовались самостоятельно.

Результаты.

В 1-й группе (ПГД) ОФС была сформирована у 1-го больного, ФЭС – у 21 больного, ФС

у 7 больных. Из местных осложнений наиболее часто встречалась гиперсолевация – 9,9 % (n-9), мацерация кожи – 13,2 % (n-12), подкожная гематома – 4,4 % (n-4), некроз окружающих тканей – 4,4 % (n-4), абсцесс шеи – 1,1 % (n-1), кровотечение – 2,2 % (n-2), лимфорея 1,1 (n-1). Из общих осложнений острый трахеобронхит – 25,8 (n-8), пневмония – 9,7 % (n-3).

Во 2-й группе (СГД) спонтанная ФЭС образовалась – у 4 больных, спонтанная ФС у 8 больных, спонтанная кожно-фарингеальная фистула (КФФ) у 20 больных. Из местных осложнений наиболее часто встречалась гиперсолевация – 14,3 (n-13), мацерация кожи – 16,5 % (n-15), подкожная гематома – 7,7 % (n-7), некроз окружающих тканей – 9,9 % (n-9), абсцесс шеи – 4,4 % (n-4), флегмона шеи – 2,2 % (n-2), кровотечение – 5,5 % (n-5), лимфорея – 3,3 % (n-3) а также их различные комбинации. Из общих осложнений острый трахеобронхит – 45,2 (n-14), пневмония – 16,1 % (n-5). 1 больной умер от сердечно-сосудистой недостаточности – 3,2 %.

Разница между сравниваемыми группами статистически значима ($p < 0,05$).

Выводы.

Наиболее часто местные и общие осложнения встречаются в группе больных со спонтанно образованными глоточными дефектами.

Необходимо расширить показания для наложения плановых глоточных стом в группе больных с предварительным применением химиолучевой терапии.

© В.В. Стрежак, Э.В. Лукач, Ю.О. Сережко, В.Я. Дихтярук, 2015

В.В. СТРЕЖАК, Э.В. ЛУКАЧ (КИЕВ, УКРАИНА)

ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ III СТАДИИ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ В 2008 г. В УКРАИНЕ

Введение. Существуют 3 основных метода лечения в онкологии – хирургический, лучевой, лекарственный. Исходя из этих основных методов в ЛОР-онкологии также применяются их различные комбинации. Хирургический и лучевой методы по своей сути являются методами регионарного воздействия на основной онкопроцесс, в то время как лекарственная цитостатическая терапия тормозит пролиферацию или необратимо повреждает опухолевые клетки в организме больного на системном уровне. Лучевая и лекарственная цитостатическая терапия могут вызывать мутации в геноме здоровых клеток, что способствует, как ухудшению тече-

ния заболевания, так и его рецидивированию в отличие от «чистого» хирургического лечения.

Цель – изучить эффективность различных методов лечения больных раком гортани 3-й стадии

Материалы и методы.

Изучена 5-ти летняя выживаемость 1118-ти больных раком гортани 3-й стадии на популяционном уровне в зависимости от применяемых методов лечения, которые были впервые выявлены в Украине в 2008 году по данным Национального канцерреестра.

Изучаемые методы включали хирургическое лечение (Х), лучевую терапию (ЛТ), хи-

миотерапию (ХТ), а также их комбинации – хирургию с лучевой терапией (Х+ЛТ), хирургию с химиотерапией (Х+ХТ), хирургию с лучевой и химиотерапией (Х+ЛТ+ХТ), и комбинацию лучевой и химиотерапии (ЛТ+ХТ).

Статистическая обработка материалов исследования проводилась моментным методом Каплан-Мейера. Стандартная погрешность рассчитывалась по формуле Гринвуда. Доверительный интервал определялся в пределах 95 %. Сравнение кривых выживаемости по логранговому критерию. Результаты исследования статистически значимы ($p=0,05$)

Результаты.

Общая 5-ти летняя выживаемость больных раком гортани 3-й стадии, впервые выявленных в Украине в 2008 году составила – 23 месяца.

По структуре применяемых методов наиболее часто применялась комбинация Х+ЛТ (23,9 %) с 5-летней выживаемостью – 56 месяцев, на втором месте ЛТ (23,5 %) с 5-летней выживаемостью – 14 месяцев, затем идут комбинация ЛТ+ХТ (11,6 %) – 14 месяцев, хирургиче-

ское лечение (11,6 %) – 60 месяцев, комбинация Х+ЛТ+ХТ (8,9 %) – 30 месяцев, ХТ (2,2 %) – 12 месяцев, комбинация Х+ХТ (1,3 %) – 27 месяцев. У больных, которые по разным причинам не получали специального лечения (16,8 %), 5-летняя выживаемость составила 8 месяцев.

Выводы.

Наиболее высокая 5-летняя выживаемость при хирургическом монометоде – 60 месяцев, затем идут различные комбинации хирургии Х+ЛТ- 56 мес., Х+ЛТ+ХТ – 30 мес., Х+ХТ – 27 мес.

Наиболее низкая 5-летняя выживаемость в группе больных не получавших спец. лечение – 8 месяцев.

Консервативные методы более эффективны в комбинации ЛТ+ХТ – 20 месяцев, и неэффективны в монотерапии ЛТ – 14 месяцев, ХТ – 12 месяцев.

Проведенные исследования указывают на высокую эффективность хирургического метода лечения онкобольных раком гортани 3-й стадии и необходимость более широкого внедрения его в практику лечебных учреждений.

© В.В. Стрежак, Э.В. Лукач, 2015

*Г.Э. ТИМЕН, В.Н. ПИСАНКО, Г.И. КЛИМНЮК, С.П. ЧУБКО, Л.И. КОБЗАРУК
(КИЕВ, УКРАИНА)*

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

За период с 1986-2015 гг. в отделе ЛОР-патологии детского возраста находилось 237 больных детей со злокачественными новообразованиями ЛОР-органов, в возрасте от 3 до 18 лет, все были обследованы клинически и лабораторно, проведено КТ и МРТ.

По гистогенезу новообразования распределялись следующим образом: опухоли лимфоидной ткани – 84 больных (преимущественно различные виды лимфом), нервной – 81 (в подавляющем большинстве нейробластомы, эстезионейробластомы, злокачественные шваномы), сосудистой и мезенхимальной – 57 (преимущественно рабдомиосаркомы, злокачественные гемангиоперицитомы, ангиосаркомы), эпителиальные – 15 (различные виды раковых новообразований).

Что касается локализации, то преобладали опухоли носа и околоносовых пазух (99 больных). В глотке новообразования локализовались у 73 больных. В крылонебной и подвисочной ямке новообразования выявлены у 26 больных,

шеи у 20, уха (среднего – у 10, наружного – у 5) наружного носа – у 4 детей.

У 27 человек опухоли распространялись интракраниально из них у 3 пациентов были новообразования среднего уха у 19 новообразования исходили из носа и околоносовых пазух, у 5 из подвисочной и крылонебной ямок).

К сожалению, по прежнему редко диагностируются опухоли в раннем периоде развития. Как правило, до обращения в наше отделение, дети по несколько месяцев лечились по месту жительства, чаще всего, по поводу воспалительных и гиперпластических процессов.

98 пациентов обратились в поликлинику Института отоларингологии с III и даже IV стадиями заболевания. Если больному не была произведена биопсия по месту жительства (184 больных) или не представлены гистологические препараты, то ее обязательно выполняли. После морфологической верификации вида опухоли, лечение больного проводили в соответствии с Международными протоколами.

Консервативное лечение больных осуществляли в сотрудничестве с детским отделением Национального института рака (руководитель отд. Климнюк Г.И.). Хирургическое и консервативное лечение до 2000 года осуществлено в отделении ЛОР-патологии детского возраста и в рентгенкабинете.

В общей сложности оперативные вмешательства проведены у 157 больных. 14 больным проведена лучевая терапия, регионарную химиотерапию получило 3 больных (2 пациента с рабдомиосаркомой подвисочной и крылонебной ямок и 1 пациент с рабдомиосаркомой среднего уха).

В случаях интракраниального распространения опухоли операция проводилась совместно с нейрохирургами (12 больных). Остальные 15 больных были иноперабельны.

Пациентов с лимфомами не оперировали, а направляли на химиотерапию в отделение он-

когематологии. Лимфомы, в соответствии с международными протоколами, лечатся исключительно консервативно.

К оперативному вмешательству прибегали в случаях наличия резидуальной опухоли после окончания полихимиотерапии или выполнялись неотложные операции при угрозе дыхательной недостаточности или затруднения прожогдения пищи.

Результаты в сроки более 1 года удалось проследить у 165 больных.

Рецидивы выявлены у 38 детей, летальный исход у 41. Пятилетняя выживаемость была отмечена у 86 детей.

Результаты проводимого лечения Института отоларингологии и Института рака вполне сопоставимы с данными клиник Европы и США, опубликованными в медицинской литературе.

© Г.Э. Тимен, В.Н. Писанко, Г.И. Климнюк, С.П. Чубко, Л.И. Кобзарук, 2015

Ф.О. ТИШКО, О.В. ПАВЛОВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

СТІЙКА ТРАХЕОСТОМА ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ І ЖИТТЄЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА МІАСТЕНІЧНИЙ СИНДРОМ ТА НЕОПЕРАБЕЛЬНІ ПУХЛИНИ ГОРТАНОГЛОТКИ, ГОРТАНІ ТА ОРГАНІВ ШИЇ

Стійка (постійна) трахеостома проводиться, як правило, після невідкладної трахеостомії хворим, які потребують негайного відновлення адекватного дихання. Застосування стійкої трахеостомії вимагає необхідність підтримувати життя людини за допомогою апаратного (штучного) дихання, порушення якого відбувається через велику групу захворювань центральної нервової системи, спинного мозку та неоперабельних пухлин гортаноглотки, гортані та інших локалізацій, що мають відношення до дихальних шляхів.

Найбільш відомим захворюванням, що проявляється порушенням самостійного дихання є міастенія (частіше в наслідок тімоми). Але є ще так званий міастенічний синдром, що нагадує клініку міастенії і зустрічається при багатьох захворюваннях центральної нервової системи та спинного мозку. Найчастіше трапляється міастенічний синдром Ламберта-Ітона в разі бронхогенної карциноми, а також раку шлункового тракту. Міастенічний синдром спостерігається при боковому аміотрофічному склерозі. Причиною міастенічного синдрому може бути аденокарцинома щитоподібної залози, тіреотоксикозу. У зв'язку з швидким блокуванням нер-

вово-м'язової передачі паралізуються скелетні м'язи, в т.ч. дихальні. В таких випадках пацієнт прикутий до ліжка, знаходячись на апаратному (штучному) диханні.

Відомо що перебування ендотрахеальної чи трахеостомічної трубки в дихальних шляхах та апаратного дихання уже через три доби відбувається активізація мікробної флори в дихальних шляхах, що загрожує перерости в грізні небезпечні ускладнення запального характеру. Тривале знаходження трахеоканюлі в дихальних шляхах у хворих, що знаходяться на штучному диханні загрожує утворенням пролежнів, трахеостравохідних нориць, смертельних кровотеч (частіше з tr. thyreocervicalis), а також розвитку хондромалії, некрозу скелету гортані та трахеї. З метою запобігання подібних ускладнень накладається стійка трахеостома, що окрім згаданого, спрощує роботу лікаря-інтенсивіста.

Часто в термінових умовах виконати класичну трахеостомію хірург не має можливості через те, що трахея зміщена вбік чи розтягнута пухлиною (щитоподібної залози).

Враховуючи причинний фактор, безуспішність лікування основного захворювання вимагає оформлення стійкої трахеостомії. Задача постійної

трахеостоми полягає у видаленні грануляційно-рубцової тканини навколо трахеоканюлі, ліквідації простору між трахеєю і тканинами ший, де накопичується слина, слизь з патогенного мікрофлорою, резекції некротизованих кінців півкілець трахеї, відокремлення трахеостомічного (раневого) каналу від тканин ший шляхом зживання мобілізованої шкіри з краями трахеї, створивши трахеостомічний канал оточений шкірою.

За короткої ший та низької трахеостоми є загроза утворення пролежня в області *tr. thyroscervicalis* зі смертельною кровотечею. За допомогою шкірного клаптя відокремлюється область судин від трахеостоми.

Дисфагія, що розвивається внаслідок паралічів скелетних м'язів ший (зовнішніх м'язів гортані), які порушують розподільну функцію гортані, повне чи неповне порушення функції конструкторів глотки, а також дисфункції слинних залоз центрального генезу викликають порушення ковтання і слина в таких випадках накопичується в порожнині гортані та трахеї над

монжеткою трахеоканюлею. Це потребує періодичної її аспірації.

Враховуючи ці обставини стійка трахеостома має бути дещо більша в діаметрі за діаметр трахеоканюлі, до якої підключається дихальний апарат з тією метою, щоб можна було відсмоктувати слину з порожнини гортані через щілину над трахеоканюлею. Крім того це запобігає розвитку хондромалії верхніх відділів трахеї чи гортані.

З часом стійка трахеостома під впливом репаративних процесів зменшується, але залишається вільною для перебування в ній трахеоканюлі, що забезпечує більш комфортні умови для хворого і полегшує роботу медичного персоналу, доглядаючи хворого.

Таким чином, постійна (стійка) трахеостома є необхідною для пацієнтів, які прикуті до ліжка на тривалий час через повну втрату функції опорно-рухової системи в тому числі і дихальних м'язів, і приречені до апарату штучного дихання.

© Ф.О. Тишко, О.В. Павлова, 2015

В.І. ТРОЯН, І.О. СІНАЙКО, О.В. ЛОБОВА (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ МІСЦЕВИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПІД ЧАС КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ

В Україні до 39-42% хворих на рак гортані поступають на лікування з пухлиною, відповідною категорії T₁₋₂N₀₋₁M₀, що вимагає проведення у них органозберігаючих операцій. При цьому частота розвитку місцевих запальних ускладнень після її резекцій досягає 30-40%, лікування яких спричиняє десинхронізацію компонентів комбінованої терапії. Також, не дивлячись на постійне вдосконалення методичного і технічного арсеналу променевої терапії її проведення теж, в 40-60% випадків, супроводжується виникненням місцевих запальних ускладнень, які перешкоджають ефективному протипухлинному лікуванню у цієї категорії хворих.

Виходячи з цих даних нами запропонована оптимізація лікування хворих на рак гортані шляхом патогенетично обґрунтованої профілактики порушень мікроциркуляції в гортані і в параметрах про- і антиоксидантних систем на етапах комбінованого лікування на основі нових наукових даних про їх роль у виникненні місцевих запальних ускладнень.

Так, нами запропоновано спосіб прогнозування виникнення хондроперихондриту ши-

топодібного хряща після резекції гортані, за допомогою дослідження стану мікроциркуляції в перихондрії гортані, методом лазерної флоуметрії. І якщо такий показник вейвлет-аналізу, як нормована амплітуда дихальних коливань становить більше 14,51 пф.ед., то має місце високий ступень виникнення місцевих післяопераційних запальних ускладнень.

Для нормалізації мікроциркуляції ми рекомендуємо додатково до традиційного ведення післяопераційного періоду застосування венотонічного препарату Детралекс перорально по 500 мг – 2 в рази на добу, курсом 10 днів, що значно зменшує частоту виникнення ларингеальних нориць, та хондроперихондриту гортані.

Виходячи з отриманих нами даних про появу під час опромінення порушень в біохімічному гомеостазі та мікроциркуляторному руслі, викликаних оксидативним стресом, ми пропонуємо призначення патогенетично обґрунтованої антиоксидантної, ендотеліопротективної і вазодилаторної терапії тіотриазоліном по 2 мл 2,5% розчину в/м 2 рази на день протягом 10

днів, а потім впродовж 20 днів перорально – 200 мг 3 рази на день і пентоксифіліном по – 5 мл на 250 мл 0,9% розчину натрію хлориду протягом 10 днів, а потім впродовж 20 днів перорально по 100 мг – 3 рази на день, що дозволить парамет-

рам прооксидантної системи стати більш стабільними, зняти спазматичний компонент в мікроциркуляторному руслі опромінених тканин гортані та знизити частоту виникнення післяпероменових запальних ускладнень.

© В.І. Троян, І.О. Сінайко, О.В. Лобова, 2015

*Т.Р. ЦЬОЛКО, Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ, Ю.М. СТЕРНЮК, О.О. ГАЛАЙ, С.Г. БОНДАРЕНКО,
О.Р. ДУДА, М.Р. ШМІДТ, О.В. ДРУЗЬЮК, В.Ю. ЛУДЧАК, Р.Р. СЛІПЕЦЬКИЙ, І.М. СЕНДЕГА
(ЛЬВІВ, УКРАЇНА)*

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ МАДЕЛУНГА

Ліпоматоз Маделунга (шийний доброякісний сімейний ліпоматоз, множинний шийний симетричний ліпоматоз) – відноситься до числа рідких захворювань, маловідомих широкому загалу лікарів.

Вперше описаний В. Brodie в 1846 році і більш детально О. Madelung у 1888 році. Хворіють в основному чоловіки (в 15-30 разів частіше ніж жінки) віком від 30 до 60 років. Захворюваність складає 1/25 000.

Причини остаточно не визначені, але відзначають системне зловживання алкоголем, порушення функції печінки, мутацію мітохондріального ДНК.

При мікроскопічному дослідженні ліпоматозні пухлини подібні до жирової тканини. Їх джерелом є міжфасціальна жирова тканина, яка розташована в між фаціальних просторах. Переродження в ліпосаркому описано в літературі лише в двох випадках. Клінічно захворювання характеризуються масивним поступовим розростанням жирової тканини в ділянці шиї і верхньої частини тулуба. В літературі виділяють три типи хвороби: 1 – комірцевий, 2 – псевдоатлетичний, 3 – жіночий. Лікування цього захворювання тільки хірургічне. При цьому відзначається значна частота рецидивів (63 %), яка при ліпосакції досягає 95%, при відкритому втручанні 51%.

Компресія, зміщення та інфільтрація структур навколо верхніх дихальних шляхів, стравоходу, середостіння призводить до дисфагії, утруднення дихання, хрипіння, синдрому нічного апное, присутні в 40% пацієнтів. На жаль, принципів лікування цих серйозних ускладнень на сьогоднішній день у світі не розроблено.

Нами проліковано 32 хворих за період 2010-2015 р. Представлений клінічний випадок

хворого з ліпоматозом Маделунга з клінікою субкомпенсованого стенозу гортані спричинений розростанням жирових мас в надголосниковому просторі.

Хворий І. 1965 р.н. поступив до нас вперше в 08.03.2010 р. з проявами розростання жирових мас в підщелепній, підборідній, надключичній, привушній, югулярній, задньошийній, надлопатковій ділянці, місці ключице-лопаткового з'єднання з обох боків. В зв'язку з великим об'ємом патологічного субстрату операцію розділено на два етапи (09.03.10 та 26.03.10) з добрим кінцевим косметичним ефектом. Однак через два роки в пацієнта з'явилися ознаки утрудненого дихання і ковтання, в зв'язку з чим він був госпіталізований. При проведених додаткових дослідженнях (КТ, фібрларингоскопія) встановлено стенозування просвіту гортані до 4 мм. В надголосниковій ділянці підслизовим розростанням жирових мас. 12.03.12 проведено видалення цих мас зовнішнім доступом над щитовидним хрящем без порушення цілості слизової оболонки, без накладання превентивної трахеостоми. Контрольна фібрларингоскопія показала добрий функціональний результат.

Таким чином представлений унікальний клінічний випадок лікування ускладненого рецидивного шийного ліпоматозу Маделунга з стенозуванням просвіту гортані. Проведена операція з підслизового видалення жирових мас без накладання трахеостоми призвела до відновлення прохідності дихальних шляхів без ушкодження слизової оболонки. Це дало можливість досягнути максимального фізіологічного ефекту та виписати хворого на 4 день після операції без будь-яких ознак стенозу.

© Т.Р. Цьолко, Б.Т. Білинський, Ю.М. Стернюк, О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.Р. Дуда, М.Р. Шмідт, О.В. Друзьук, В.Ю. Лудчак, Р.Р. Сліпецький, І.М. Сендега, 2015

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

А.С. ЖУРАВЛЕВ, А.В. ЛУПЫРЬ, Н.А. ЮРЕВИЧ (ХАРЬКОВ, УКРАЇНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КУРСАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И ПРИ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

В связи с переходом в Украине системы медицинского образования на европейские стандарты и присоединением к Болонскому процессу, в стране существенно возросли требования, предъявляемые к системе усовершенствования врачей практического здравоохранения и подготовке врачей – интернов.

В современном мире уже давно в практику преподавания в высших учебных заведениях входят новые формы и методы преподавания. Наиболее жизнеспособными в настоящий период оказываются так называемые методы активного обучения. Это форма проведения занятий, в которых учебно-познавательная деятельность построена на имитации профессиональной деятельности.

Взрослые люди запоминают информацию лучше всего тогда, когда они активно вовлечены в решение практических задач и упражнений в процессе обучения. Они помнят 20 % того, что слышат, 40 % того, что видят и слышат, и 80 % того, что слышат, видят и выполняют. Поэтому на кафедре оториноларингологии ХНМУ уже в течении года разрабатываются и внедряются в методику преподавания занятий ролевые игры. Их тематика затрагивает все актуальные проблемы современной оториноларингологии.

На первом этапе организации ролевой игры проводится теоретическая разработка игры:

прорабатывается картина моделируемой игры, ее правила, командные и индивидуальные вводные. От того, насколько продуман этот этап подготовки игры, зависит весь ее ход. Участники ролевой игры заранее оповещены о ее тематике и получают свои роли. При этом они обрабатывают и анализируют научную литературу, привлекая значительный процент англоязычных источников. Весь процесс игры постоянно контролирует преподаватель.

Последним этапом ролевой игры является ее анализ. Преподаватели детально анализируют все этапы организации и проведения игры, учитывают все удаchi и неудачи, разбираются в их причинах. Ведущие рассказывают игрокам о своем первоначальном замысле, объясняют те или иные действия, предпринятые ими, дают свою оценку прошедшей игры. Игроки, в свою очередь, высказывают свои мнения. Все это способствует накоплению опыта и повышению уровня культуры игроков в целом.

Таким образом, на кафедре оториноларингологии Харьковского национального медицинского университета активное внедрение ролевых технологий в учебный процесс, способствуют усовершенствованию и формированию клинического мышления, учит принципам врачебно-научной дискуссии и позволяет быть в курсе последних научных достижений.

© А.С. Журавлев, А.В. Лупырь, Н.А. Юревич, 2015

*А.С. ЖУРАВЛЕВ, М.И. ЯЩЕНКО, Н.О. ШУШЛЯПИНА, О.В. БОНДАРЕНКО
(ХАРЬКОВ, УКРАИНА)*

К ВОПРОСУ О ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ПРАКТИКА – СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»

Согласно положениям проекта приказа МОЗ Украины „Про організацію надання амбулаторної та стаціонарної отоларингологічної допомоги в Україні„, практическая деятельность семейного врача является первичным звеном в оказании медицинской помощи населению.

Задача преподавательского коллектива кафедры оториноларингологии в повышении уровня знаний врачей данного профиля в плане своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний ЛОР органов.

Обучение врачей-интернов семейной медицины включает теоретическую (тестовый контроль для определения исходного и выходного уровней знаний; использование обучающих и контролирующих компьютерных программ, реферативные доклады, иллюстрируемые мультимедийным изображением, видеофильмами) и практическую (компьютерные программы, муляжи) подготовки. Работа в смотровой комнате и ЛОР-кабинете поликлиники требует от врача-интерна соблюдения всех этических норм и правил по отношению к коллегам, пациентам, среднему и младшему медицинскому персоналу. Врачи самостоятельно проводят расспрос больного, эндоскопическое

исследование ЛОР-органов; устанавливают предварительный диагноз; назначают дополнительные методы исследования, консультации смежных специалистов. Достаточно внимания уделяется вопросам дифференциальной диагностики и выбора лечебной тактики.

Технику оказания медицинской помощи при неотложных состояниях врачи-интерны осваивают в интерактивных играх, на муляжах, электронных тестах, дежурствах в клинике.

Достаточно внимание уделяется вопросам профилактики острой ЛОР-патологии, активной санации больных с хроническими заболеваниями и предупреждению их осложнений. Комплексного обследования требуют пациенты с нетипичным течением болезней ЛОР-органов, что может иметь место при ВИЧ-инфекции, туберкулезе, системных заболеваниях, опухолях и др.

Таким образом, подготовка врачей-интернов общей практики семейной медицины на кафедре оториноларингологии обеспечивает повышение уровня знаний специалистов данного профиля с целью улучшения качества диагностики, лечения и профилактических мероприятий у больных с заболеваниями ЛОР органов.

© А.С. Журавлев, М.И. Ященко, Н.О. Шушляпина, О.В. Бондаренко, 2015

А.С. ЖУРАВЛЕВ, Н.О. ШУШЛЯПИНА, Ю.В. ОЛЕЙНИК (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕНАЖЕРОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Одной из важных составляющих обучения в медицинском вузе является реализация теоретических знаний на практике. Основным показателем качества будущей профессиональной подготовки молодого специалиста-оториноларинголога является то, насколько он умеет применить полученные знания на практике. Но, к сожалению, одной из главных проблем, о которых говорят сегодняшние выпускники медицинских вузов, является достаточно высокий уровень теоретической подготовки при низком уровне владения практическими навыками будущей профессии. Прежде всего, это связано с тем, что объектом является реальный пациент и повторение

студентами многократно одних и тех же манипуляций доставляет больному дискомфорт. Кроме того, на занятиях не всегда удается показать патологию ургентного характера, которая сегодня осваивается студентами. Поэтому целесообразно разработать и внедрить натурную модель (муляж, фантом), который мог бы служить пособием (реальным фантомом) для отработки необходимых практических навыков студентам не только при проведении модульного контроля, но и для тренинга последующей деятельности врача как общего, так и специального профиля. На кафедре оториноларингологии ХНМУ разработан единственный в Украине муляж головы с топографией

полости носа, позволяющий изучить структуру ЛОР-органов. На сегодняшний день он успешно используется студентами на практических занятиях. Благодаря разработанной методике овладения практических навыков у студента есть уникальная возможность провести купирование некоторых неотложных состояний, в частности остановку носового кровотечения с наложением передней и задней тампонады.

Сегодня одной из задач кафедр оториноларингологии в современных условиях является требование обучить студента ряду оперативных вмешательств, которые должен уметь проводить врач любой специальности. Так, на кафедре оториноларингологии ХНМУ разрабатывается креативная методика обучения студентов некоторым оперативным вмешательствам, выполнение которых уже по окончании медицинского университета является обязательным. К таким оперативным вмешательствам относится трахеостомия, трахеотомия и коникотомия.

Проект предусматривает концептуальную разработку учебного муляжа предназначенного для проведения оперативных вмешательств на органах шеи (трахеотомия, трахеостомия и коникотомия) на практических занятиях по оториноларингологии. Такой подход позволяет начать обучение будущего врача не у постели больного, а с получения определенных умений на доклиническом этапе. Созданный муляж представляет собой физическую модель шеи человека (соответствует естественным размерам) с его подробными анатомическими особенностями строения. Муляж выполнен из формовочного силикона с имитацией кожи (из резины), отлитой в специальной гипсовой форме при высокой температуре. Материал выдерживает высокие и низкие температуры (+300°C – -70 °C), не деформируется, гибкий, эластичный. Полная масса муляжа, установленного на деревянной подставке, составляет 5 кг. Все, расположенные в нем структуры, эластичные и подвижные, что позволяет моделировать ту или иную анатомическую область. Муляж полностью повторяет топографо-анатомические особенности строения органов шеи с демонстрацией сосудисто-нервных пучков. Особенностью, опытной модели, является послойное расположение основных жизненно важных структур, находящихся в проекции средней линии шеи. Последние доступны

не только для осмотра, но и для совершения на них всевозможных манипуляций, операций, в том числе, многократных рассечений. Сам участок трахеи, на котором производится хирургическое вмешательство смоделирован съемным, взаимозаменяемым. Это позволяет на одном образце муляжной трахеи производить до 4-х манипуляций. Затем этот образец трахеи меняется на новый. Правильность проведения оперативных вмешательств оценивают компьютерная система контроля, а также преподаватель. Контроль освоения оперативного вмешательства проводят в специальном помещении, имитирующем палату интенсивной терапии, где в режиме реального времени преподаватель следить за происходящим. Таким образом, оставаясь «один на один с пациентом», студент находится под одновременным контролем компьютерных программ и собственно преподавателя. Компьютерное оценивание студента проводится по основным параметрам: использование инструментария, полнота и последовательность проведения оперативного вмешательства.

Настоящее внедрение предусматривает концептуальное усовершенствование учебной программы для студентов высших медицинских заведений практическим умениям будущей профессии. Достоинством этого способа является моделирование неотложного состояния в условиях экстремальной ситуации с реализацией возможных вариантов течения конкретного клинического случая. Высокая демонстративность и запоминаемость в условиях приближенных к действительности сказываются на качестве освоения методики овладения оперативными вмешательствами.

Следует отметить, что подобная организация учебного процесса нашла положительный отклик у студентов, которые с большим энтузиазмом проводят подобные «оперативные вмешательства». Как показали полученные результаты, практическое владение студентами таких манипуляций как проведение передней или задней тампонады, являются наиболее успешно проводимыми манипуляциями среди студентов. Принципиальным шагом во внедрении новой методики обучения стала разработка концепции и создание специальных фантомных курсов на базе ХНМУ для до- и послеоперационного обучения студентов и врачей.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Сучасний підхід до практичної підготовки та впровадження інноваційних технологій в учбовий процес майбутніх лікарів на кафедрі оториноларингології тісно пов'язані з організацією та проведенням науково-дослідної роботи студентів.

Науково-дослідна робота зацікавлює студентів до самостійного одержання теоретичних та практичних знань, допомагає зрозуміти реальний зв'язок отриманих знань з літератури та вдосконалити професійні навички, дає стимул до майбутньої професійної діяльності лікаря-оториноларинголога. Під час вирішення таких завдань важливе значення надають організації практичної і теоретичної роботи студентів, яка допомагає викладачу врахувати у майбутнього студента-оториноларинголога ініціативність, уміння самостійно працювати з літературою. З цією метою викладачами кафедри оториноларингології впроваджуються завдання до індивідуальної та науково-пошукової роботи на тему яка зацікавила студента. Таким чином, самостійний вибір студента, а не нав'язування та примушування його до співпраці дає можли-

вість індивідуалізувати роботу, створити свій особистий підхід. Традиційно щорічно ми проводимо на кафедрі наукову конференцію, на якій студенти представляють результати власних наукових пошуків. Цінним в цієї роботі є можливість використання отриманого матеріалу для подальшого науково-практичного розвитку студента, майбутнього магістра, а потім майбутнього аспіранта.

На підставі проведення науково-дослідної роботи студенти одержують додаткову науково-практичну інформацію, яка сприяє їх теоретичної та практичної освіти; формують уміння для використання придбаних знань та практично їх реалізують; вчаться працювати з літературою; вчаться формувати творчий підхід до роботи, підвищують інтерес до оториноларингологічної дисципліни; навчаються пишати та в подальшому розвивати те направлення, яке було створено на етапі зацікавленості до той або іншої теми. Крім того, науково-дослідна робота дає можливість, розвитку у студентів науково-дослідних умінь та навичок, уміння бачити в пацієнті особистість, а не як носія нозологічної форми.

© А.С. Журавльов, М.І. Ященко, Н.О. Шушляпіна, О.В. Бондаренко, 2015

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, В.І. ШЕРБУЛ, О.В. ШЕРБУЛ (КИЇВ, УКРАЇНА)

НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ МАЙСТЕР-КЛАСІВ З ФЕРСХ

В сучасній отоларингології і в практиці лікаря-отоларинголога з'явилося і все більше входить в повсякденне життя нове направлення – відеоендоскопічне.

Володіння лікаря прийомами і методами відео ендоскопічного огляду ЛОР-органів можливе при наявності відповідної апаратури і інструментів, а також застосуванням практичних навичок, які були отримані під час участі в майстер-класах різного рівня.

Наступний рівень – це Функціональна Ендоскопічна Риносинусохірургія (ФЕРСХ), на принципах якої засновані сучасні хірургічні методи лікування риносинуситів.

Початок застосування ФЕРСХ в Україні прийшовся на 90-ті роки, після того як група лікарів із бувшого СРСР при фінансовій підтрим-

ці компанії Karl Storz, побувала в австрійській клініці м. Грац у проф. Штаммбергера на майстер-класі FESS.

В 1994 р. в Ярославлі відкрився 1-й Російський курс “Современная функциональная эндоназальная хирургия”, який організував професор Козлов В.С. Потім цей курс проводився щорічно, в ньому брали участь провідні спеціалісти Європи.

В 2007 р., після візиту в нашу клініку директора Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка, професора Д.І. Заболотного, було прийнято рішення на базі клініки разом з Інститутом отоларингології організувати і регулярно проводити курс “Функціональна ендоскопічна ринохірургія”. З цього року курс ФЕРСХ став проводитися регулярно двічі на рік і вклю-

чав в себе курс лекцій, знайомство з апаратурою, демонстрацію операцій і секційний курс.

На наш погляд, важливою складовою курсу є робота на кадавері, тому що незнання анатомічних орієнтирів, може призвести до того, що хірург “заблудиться”, що в свою чергу зв’язано

з ризиком ятрогенних пошкоджень. Але дисекція кадаверів стає дедалі недоступною, не кажучи вже про етичні і юридичні аспекти, тому проф. Ранко Младіна рекомендує тренуватися на моделях тварин-баранячих головах. Така пробна дисекція була виконана у нас в клініці.

© Д.І. Заболотний, В.І. Шербул, О.В. Шербул, 2015

А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

СТАН ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ УКРАЇНИ ЗА 2014 РІК

В 2014 році в Україні працювало 593 дитячих оториноларингологів (в 2013 – 702). Показник забезпеченості становить 0,08 на 1000 дитячого населення (в 2013 – 0,09). Найвищий показник в м. Києві – 0,18, Харківській обл. – 0,14. Найнижча забезпеченість в Луганській (0,01), Донецькій (0,02), Житомирській (0,05), Волинській (0,04), Закарпатській (0,05), Кіровоградській (0,05), Київській (0,06), Одеській (0,06), Черкаській (0,06) областях. Штатних посад 694,5, зайнятих 628,25, основними працівниками 561. 66,25 посад є вакантними по Україні, 67,25 – зайняті не основними працівниками. Кваліфікаційну категорію мають 438 (73,9%) дитячих оториноларингологів. Атестація обласних спеціалістів проводиться в МОЗ України. Всі лікарі перед атестацією проходять передатестаційні курси.

На кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, яка є опорною з дитячої оториноларингології та сурдології, проводиться навчання в інтернатурі, спеціалізація з дитячої оториноларингології (5 і 2 міс) та сурдології (2 міс), курси тематичного удосконалення з дитячої оториноларингології (1, 2 тижні та 1 міс), сурдології (1 міс), фоніатрії (1 міс). В 2014 році співробітниками кафедри було видано 2 монографії та довідник.

В даний час на кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії активно розробляються методи хірургічних втручань на ЛОР-органах з використанням технологій височастотного біполярного електрозварювання біологічних тканин.

Дитячі оториноларингологи брали участь в науково-практичних конференціях, міжнародних виставках, в засіданнях Асоціації дитячих оториноларингологів України та Українського науково-медичного товариства оториноларингологів. Наукові розробки відзначені 5 дипло-

мами міжнародних медичних виставок. Було проведено II науково-практичну конференцію дитячих оториноларингологів України «Актуальні питання дитячої оториноларингології» (09-10.10.2014).

Амбулаторно-поліклінічна допомога забезпечувалась в самостійних дитячих оториноларингологічних кабінетах, а також в змішаних ЛОР-кабінетах районних поліклінік, де працюють оториноларингологи зальної мережі. Останні повинні пройти курси спеціалізації з дитячої оториноларингології.

В 2014 році в Україні функціонувало 1 314 дитячих ЛОР-ліжок (в 2013 р. – 1611), що становить 1,73 на 10000 дитячого населення (в 2013 р. – 2,02 на 10000). Найнижча забезпеченість дітей спеціалізованими ліжками в Донецькій – 0,47, Одеській – 1,01 на 10000 дітей, Вінницькій – 1,02, Тернопільській – 1,22, Львівській – 1,24, Івано-Франківській – 1,25, Волинській – 1,27 областях. Відсутня інформація про дитячі ліжка в Луганській області. Найбільшу забезпеченість дітей спеціалізованими ліжками має Сумська – 3,68, Миколаївська – 3,13, Запорізька – 2,93, Харківська – 2,74, Херсонська – 2,70, Житомирська – 2,46, Чернігівська – 2,70 області, м. Київ – 2,70 на 10000 дітей. Середнє число роботи ліжка – 336,66. В 2014 році було проведено 60 417 операцій, померло 3 хворих (2 у Львівській, 1 в Хмельницькій обл.). Питома вага від усіх операцій у дітей – 26,04%.

Дитячі ЛОР-відділення, ЛОР-кабінети та слухові кабінети потребують сучасного обладнання і впровадження нових технологій діагностики та лікування хворих. Зокрема всі слухові кабінети обласних дитячих лікарень слід укомплектувати клінічними аудіометрами, імпедансометрами та аудіометрами для об'єктивного дослідження слуху. На базі ЛОР-відділень обласних дитячих лікарень планується створити оториноларингологічні центри, оснащені операцій-

ними мікроскопами, ендоскопічною апаратурою, оснащенням для мікрохірургії вуха, гортані, риносептопластики тощо. ЛОР-відділення центральних районних лікарень мають бути

укомплектовані клінічними аудіометрами та імпедансометрами. Пологові будинки та відділення планується оснастити апаратами для ехоскринінгу новонароджених.

© А.Л. Косаковський, 2015

І.В. ЛЯШЕНКО, В.О. КАШИРІН (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ: МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ

Одним із найважливіших питань, що виникають у відносинах між пацієнтом і лікарем, пацієнтом і закладом охорони здоров'я, є питання якості медичної допомоги. Стаття 49 Конституції України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, логічною та необхідною умовою якої є право на безпеку медичної допомоги, що є втіленням конституційного сенсу зазначених гарантій. Проте останнім часом увага громадськості все більш фокусується на фактах, що негативно характеризують галузь охорони здоров'я.

Громадяни, які звертаються в медичні установи, потрапляють у ситуацію, пов'язану з ризиком небезпеки та можуть понести реальний збиток через неправомірні дії іншої сторони. Це пов'язано з тим, що, не будучи фахівцями в галузі медицини, пацієнти змушені цілком покладатися на вимоги та професіоналізм медичних працівників, довіряючи їм не тільки своє здоров'я, але і життя. При цьому слід відзначити, що під час перебування у лікувальному закладі, стан здоров'я пацієнта може обмежувати його можливість самостійної реалізації та захисту своїх прав. Пацієнту часом просто нав'язують прийняття рішень що до здійснення тих чи інших фінансових витрат (вимагання медичним працівником винагороди (ст. 354 КК), вимагання здійснення «добровільного страхування», внесків до «благодійних фондів», або вимагання інших видів оплати на користь закладу охорони здоров'я (ст. 184 КК)), проведення клінічних обстежень, маніпуляцій або хірургічних втручань, адекватно оцінити які він просто не в змозі. Але, насамперед, переважна більшість звернень і скарг пацієнтів до Департаментів чи Міністерства охорони здоров'я, це вимоги громадян оцінки якості наданої медичної допомоги, що викликала погіршення здоров'я, або цивільні справи за позовами про відшкодування шкоди, завданої погіршенням здоров'я внаслідок надання медичної допомоги чи послуг неналежної якості.

Разом з тим, при розгляді подібних справ виникає певний ряд питань, пов'язаних з тим, що чинне законодавство не визначає поняття «медична послуга», а у судовій практиці термін «лікарська помилка», вкрай не визначений і має безліч тлумачень, як правових, так і етичних.

Відсутність законодавчої дефініції безумовно ускладнює встановлення співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога», хоча зрозуміло, що правила надання послуг, встановлені для всіх їх видів, які визначені в Законі України «Про захист прав споживачів». Очевидно й те, що медичні послуги та медична допомога повинні відповідати вимогам нормативно-правових актів, спрямованих на регулювання порядку надання певних видів медичної допомоги/послуг, а також таким документам, як клінічні протоколи та нормативи надання медичної допомоги з відповідних лікарських спеціальностей.

Інше питання являє собою поняття «лікарська помилка», яке є найбільш складним для інтерпретації видом ятрогенного дефекту медичної допомоги. У законодавствах зарубіжних країн терміни «лікарська помилка», «медична помилка» використовуються як синоніми та визначають інцидент, що трапився за певних умов і був викликаний діями або бездіяльністю лікаря (медичного персоналу) при наданні пацієнтові медичної допомоги, що спричинили принаймні один несприятливий для здоров'я та/або життю пацієнта наслідок. Слід підкреслити, що юридичне переслідування за лікарську помилку із заподіянням шкоди хворому не проводиться в жодній країні світу, у тому числі й в Україні, лише в тому випадку, якщо ця помилка не містить складу злочину або проступку. Проте, якщо лікарська (медична) помилка обумовлена безвідповідальною дією (бездіяльністю) лікаря, халатністю, недбалістю, елементарною медичною безграмотністю, морально-етичним невіглаством, які юридично класифікуються як проступок або злочин, то такі лікарські (медичні) помилки підлягають

кримінальному покаранню. Але хто, де та як повинен визначити, що «лікарська помилка» має ознаки проступку або злочину, наскільки реальні сподівання пацієнту на гарантований законодавством захист своїх прав, адже лікарі не володіють навіть азами юриспруденції, а працівники правоохоронних органів не обтяжені спеціальними знаннями в галузі медицини.

У закордонній та вітчизняній літературі є чимало наукових робіт і популярних статей присвячених проблемам «медичного права», що носять аналітичний, рекомендаційний і навіть прикладний характер, але їх кількість та зміст підкреслюють факт відсутності у сучасному законодавстві системних підходів і заходів, що повинні стояти на сторожі прав і свобод пацієнтів.

Декларативний характер більшості законодавчих актів в області упорядкування відносин у сфері охорони здоров'я, відсутність адекватного та своєчасного реагування на порушення прав пацієнтів, чинить деструктивний вплив на суспільство та породжує відчуття безкарності серед певного кола медичних працівників. Як приклад можна навести випадок з приводу якого, на запит прокуратури до Департаменту охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації, була створена клініко-експертна комісія, рекомендації якої виявилися не більше ніж мильними бульбашками.

Хвора Ф. госпіталізована 26.06.2014 з діагнозом правобічний хронічний гайморит. Чужорідне тіло правої гайморової пазухи. Діагноз підтверджено даними комп'ютерної томографії (правобічний одонтогенний гайморит, пломбувальний матеріал в області співустя щелепної пазухи. Інші навколоносові пазухи без патології). Мета госпіталізації – хірургічне лікування та, як це зазначено в передопераційному епікризі, «Показання до операції: санація вогнища інфекції у щелепній пазусі». Про що власне була поінформована хвора і саме на такий обсяг операції дала згоду. Проте, без попередження та отримання згоди на інший обсяг хірургічного втручання, хворій були виконані правостороння гайморотомія, ревізія гратчастого лабіринту, часткова резекція перегородки носу, двостороння нижня конхотомія. Під час операції виникли наступні ускладнення: правосторонній птоз, повна офтальмоплегія, амовроз.

З пояснювальної записки лікаря анестезіолога відомо, що зазначені ускладнення діагностовано безпосередньо після закінчення операції, про що о 1050 було повідомлено хірургу, але до 1300 ніякої лікувальної допомоги хвора не отримувала. Таким чином час для надання адекватної допомоги був втрачений і подальші лікувальні заходи ефекту не мали.

На комп'ютерній томограмі (27.06.2014) визначається післяопераційний дефект медіальної стінки правої орбіти 11×13 мм, а у ретробульбарній жировій клітковині орбіти фрагменти кісткової оптичної щільності, розмірами 5×6×7 мм, 5×11×10 мм, 2×5×4 мм. та частина носового тампону (10×12×8 мм).

Від можливих ускладнень при будь-яких операціях не застрахований жоден хірург і спостереження, що розглядається, можна було б розцінювати як прикрий випадок, але скоріш це злочинна самовпевненість – «лікар повинен передбачати можливості небезпечних наслідків своїх дій, але легковажно розраховує на їх запобігання (ст. 25 КК)», тому що перед цим у лікаря, що оперував хвору, було два аналогічних ускладнення, а після розглянутого ще одне подібне. Ще більш обурливим фактом є ненадання допомоги хворій у перші часи після виникнення ускладнення, бо в силу своєї кваліфікації, лікарю було відомо, що це може мати тяжкі наслідки (ст. 139, ст. 140 КК).

У висновку клініко-експертної комісії Департаменту охорони здоров'я Запорізької ОДА визначено, що надання спеціалізованої медичної допомоги хворій відбулося з численними відхиленням від клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги за профілем «отоларингологія», затверджених наказом МОЗ України від 24.03.2009 № 181. Ведення медичної документації не відповідає вимогам наказу МОЗ України від 14.02.2012 № 110, а в медичній карті № 11172 містяться чисельні виправлення.

Втручання на лабіринті гратчастої кістки слід вважати недоцільним та

може розглядатись, як перевищення необхідного об'єму операції, а виникнення післяопераційних ускладнень має ятрогенний характер.

Не своєчасно долучені до корекції виниклих ускладнень у післяопераційному періоді працівники кафедри офтальмології.

Одна з рекомендацій клініко-експертної комісії: «Враховуючи випадки виникнення однотипних ускладнень у проф. Д. за останній період та відсутність діючого кваліфікаційного сертифікату лікаря-отоларинголога, тимчасово заборонити медичну практику зазначеному фахівцю на період відновлення кваліфікаційної категорії лікаря-отоларинголога згідно вимог наказу МОЗ України 19.12.1997 №359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів», проте ці рекомендації ніхто не виконав та й напевно не збирається виконувати, не було і жодних адміністративних рішень. Це, вочевидь, пов'язано з тим, що відповідальність за шкоду, завдану їхніми працівниками при виконанні своїх трудових обов'язків не

суть заклади охорони здоров'я (ст. 1172 ЦК), а жоден з керівників цих закладів не бажає бути відповідачем у таких справах.

Розглядаючи питання якості медичної допомоги, не можна не звернути увагу на те, що «Медичне законодавство» у нашій країні тільки формується як самостійна галузь та по сей час являє собою збірне поняття, яке регулюють Конституція, Адміністративний, Кримінальний, Цивільний Кодекси, Основи законодавства України про охорону здоров'я та адміністративні акти Міністерства охорони здоров'я, але безініціативність співробітників прокуратури, консерватизм та корпоративність в медичному середовищі, не сприяють упорядкуванню відносин у сфері охорони здоров'я, що пов'язані зі зниженням правопорушень з боку медичних працівників. Разом з тим, відхід від вирішення ком-

плексу моральних, соціальних та правових проблем, викликаних дефектами медичної допомоги та їх негативними наслідками, є неприпустимим і потребує впровадження в національне законодавство нових, реально дієвих механізмів правового забезпечення інтересів пацієнта. При цьому, слід чітко розуміти, – можна радикально посилити жорстокість законів, можна впроваджувати досвід цивілізованих країн (наприклад, у Великій Британії при парламенті діє уповноважений з прав пацієнтів, а його представники є в кожній лікарні), але все це виявиться марним, якщо пріоритетами і самим сенсом охорони здоров'я залишиться не допомога хворим, а жага наживи, якщо гідність лікарської професії буде підмінитися боягузливим небажанням розголошу, а «честь мундира» залишиться важливіше здоров'я і життя наших громадян.

© І.В. Ляшенко, В.О. Каширін, 2015

Д.Т. ОРИЩАК, П.І. ПОПОВИЧ, Н.В. ВАСИЛЮК (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

КУРАЦІЯ ХВОРИХ І НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ОТРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ З КУРСОМ ХІРУРГІЇ ГОЛОВИ ТА ШИЇ ДВНЗ «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Удосконалення системи вищої освіти, підвищення якості підготовки фахівців потребує реалізації комплексних знань не тільки в змісті, а й у формах та методах навчання [1].

Підготовка досвідчених і кваліфікованих кадрів для сучасного ринку праці вимагає серйозних змін у підходах до навчання, до структури і змісту навчального процесу, мотивованого навчання студентів і, в решті-решт, відповідності здобутих студентами знань до попиту з боку практичної охорони здоров'я. Саме тому на перший план виходить підвищення якості освіти, зокрема її здатності використовувати набуті знання та вміння на практиці [2].

За Європейським стандартом дипломований фахівець відразу займає робоче місце і виконує свої посадові обов'язки. Відповідно до сучасних вимог світової практичної медицини виникає необхідність підготовки висококваліфікованих спеціалістів вищою медичною школою. Якісна вища медична освіта вимагає максимального наближення студента медика до практики, розуміння і засвоєння ним елементів практичної діяльності лікаря, включаючи не тільки вміння працювати з пацієнтом, але й з медич-

ною документацією. Тому від фахівців вищої медичної школи, в дедалі більшому обсязі, повинно вимагатися створення умов для індивідуалізації навчального процесу.

Практичні заняття студентів за темами: «Курація» та «Захист історії хвороби» підсумовують знання студентів з курсу «Оториноларингологія». Під час занять студент на практиці застосовує набуті навички і вміння з обстеження хворого і діагностики захворювань, вчиться опрацьовувати медичну документацію, проводить призначення відповідного лікування. Результати проведеного дослідження студент оформляє у вигляді історії хвороби конкретного хворого з конкретною нозологічною одиницею, відмічає свої висновки та рекомендації.

На кафедрі оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету розроблено схему написання навчальної історії хвороби, яка адаптована до «реального формату» медичної карти стаціонарного хворого). Студенту надається можливість під контролем викладача провести обстеження пацієнта (після згоди пацієнта). Надалі студент самостійно, на основі отриман-

маної інформації, заповнює кожен пункт навчальної історії хвороби, відповідно до протоколів МОЗ України по наданню медичної допомоги при певній нозології, призначає комплекс додаткових обстежень та інтерпретує можливі результати. Після встановлення клінічного діагнозу студент пропонує тактику лікування хворого з обґрунтуванням обраного методу.

Особлива увага відводиться на описання об'єктивного стану, оскільки студент додатково має нагоду продемонструвати свої знання з клінічної анатомії та фізіології ЛОР-органів, уміння застосувати той чи інший метод обстеження, оцінити стан певного органа на момент курації пацієнта та побачити відмінність між нормою та патологією.

У розділі «Диференційний діагноз» студент самостійно виносить рішення й обґрунтовує, з якими захворювання необхідно диферен-

ціювати нозологію, використовуючи отримані знання з оториноларингології.

Написання історії хвороби є своєрідним модулем про якість засвоєння клінічних та практичних знань студентом з оториноларингології, інтегративним засобом не тільки контролю, а в першу чергу навчального плану.

Висновки:

1. Практичне заняття з курації хворих дозволяє системно підійти до вивчення предмету, сприяє розвитку клінічного мислення, закріплює отримані знання з базових дисциплін.

2. Запропонована схема навчальної історії хвороби адаптована до «реального формату» медичної карти стаціонарного хворого, що дає можливість студентів збільшити час на обстеження пацієнта та проведення аналізу отриманих результатів, а також скоротити затрачений час на написання даної роботи.

© Д.Т. Орішак, П.І. Попович, Н.В. Василюк, 2015

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, С.А. ЛЕВИЦЬКА, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.Д. САПУНКОВ, О.О. МАЗУР,
К.І. ЯКОВЕЦЬ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

ПРИНЦИПИ ВИКЛАДАННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ТА ЛІКАРЯМ-КУРСАНТАМ НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Одним з найбільш важливих питань медичної освіти в Україні є медичне забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог, вироблення уніфікованих методологій викладання певної спеціальності та критеріїв оцінювання знань лікарів-інтернів та лікарів-курсантів. Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я потребує від лікарів, які проходять інтернатуру та спеціалізацію за фахом «загальна практика – сімейна медицина» ретельного вивчення не тільки «базових» дисциплін, а також і вузьких спеціальностей, в тому числі отоларингології. Лікарська практика показує, що майже 20% усіх амбулаторних випадків захворювань потребують діагностичної або лікувальної допомоги отоларинголога.

Розділ «отоларингологія» для лікарів інтернів із спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» складається з 32 навчальних годин, які розподілені так: лекційних – 2; семінарських занять – 7; практичних занять – 23. На циклі спеціалізації «загальна практика – сімейна медицина» для лікарів-курсантів розділ «отоларингологія» складається з 28 годин, з них лек-

ційних – 10; семінарських занять – 4; практичних занять – 14.

Згідно з навчальною програмою розроблено календарно-тематичний план лекцій, практичних занять та самостійної лікарської діяльності. Також складено методичні розробки семінарських занять, створено базу тестових задач для перевірки вхідного та кінцевого рівня лікарів відповідно до кожної теми згідно з календарно-тематичним планом. Тематика семінарських занять охоплює найбільш важливі з клінічної точки зору нозологічні форми (гострий середній отит, гострі синусити, ангіни, паратонзиллярні абсцеси, травми та сторонні тіла ЛОР-органів), а також невідкладні стани в отоларингології: стенози верхніх дихальних шляхів, кровотечі, внутрішньочерепні та орбітальні ускладнення.

Кінцевою метою вивчення курсу отоларингології є вміння лікарів-інтернів та курсантів ставити попередній діагноз найбільш поширених ЛОР-захворювань, визначати тактику ведення хворого, діагностувати невідкладні стани в отоларингології та надавати екстренну медичну допомогу в межах власної компетенції та вірно

спрямовувати хворого у спеціалізовані заклади для подальшого лікування. На першому занятті лікарі-інтерни та курсанти отримують пакет методичних матеріалів для самопідготовки, диференційно-діагностичні таблиці, сучасні схеми лікування деяких запальних захворювань ЛОР-органів та список рекомендованої для опрацювання літератури. Практичні заняття проводяться в оглядовому кабінеті у присутності пацієнта з відповідною патологією. Лікарі самостійно збирають анамнез та виконують ендоскопічне обстеження ЛОР-органів, їх увага акцентується на основних симптомах відповідного патологічного процесу, наводяться приклади з подібною симптоматикою, проводиться диференційна діагностика. Особлива увага приділяється відпрацюванню техніки окремих діагностичних та лікувальних маніпуляцій. Перелік практичних навичок включає наступне: здійснення зовнішнього огляду та ендоскопічне дослідження ЛОР-органів, визначення дихальної та нюхової функції носа, дослідження слуху, зупинка носової кровотечі за

допомогою передньої тампонади, видалення сірчаного корка та неускладнених сторонніх тіл вуха, носа, глотки, промивання вуха, догляд за трахеостомічною трубкою, накладання прашеподібної пов'язки на ніс та пов'язок на вухо, взяття мазків з носа та горла.

По завершенню циклу навчання лікарі-інтерни та лікарі-курсанти складають залік, що включає перевірку техніки виконання практичних навичок та теоретичних знань. Кожному слухачу пропонується набір необхідних ЛОР-інструментів для повсякденної лікарської роботи та перелік найбільш необхідної літератури з отоларингології, яка повинна бути у сімейного лікаря.

Наведена форма методологічної організації та методичного супроводження курсу отоларингології для лікарів-інтернів та лікарів-курсантів циклів спеціалізації «загальна практика – сімейна медицина» дозволяє у повному обсязі підготувати сучасного лікаря загальної практики – сімейної медицини.

© О.Г. Плаксивий, С.А. Левицька, І.В. Калущкий, О.Д. Сапунков, О.О. Мазур, К.І. Яковець, 2015

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, С.А. ЛЕВИЦЬКА, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.Д. САПУНКОВ,
О.О. МАЗУР, К.І. ЯКОВЕЦЬ (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)*

ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ НА КУРСІ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ БДМУ

На курсі отоларингології БДМУ навчання за кредитно-модульною системою (КМС) на 4 курсі у студентів медичних та стоматологічного факультетів розпочали у 2008/2009 навчальному році. Кредитно-модульна система, ґрунтується на принципах Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS).

Викладання клінічної дисципліни в умовах цієї системи передбачає: значне збільшення частки клінічного навчання біля ліжка хворого; розширення методів навчання студентів за рахунок його комп'ютеризації, застосування відеотелевізійної та мультимедійної техніки; стимулювання участі студентів в навчальному процесі та оцінці отриманих знань; розробку нових методів контролювання знань студентів; створення можливостей для самостійної роботи студентів поза госпітальними та палатними умовами.

На основі типової навчальної програми створена робоча навчальна програма з отоларингології для викладання за кредитно-модульною системою. Викладання ЛОР-захворювань здійс-

нюється впродовж одного семестру, тобто студенти фактично одночасно вивчають анатомію, фізіологію, патанатомію, патофізіологію вуха, горла, носа з клінічних позицій, а також проходять етапи пропедевтичного факультетського і госпітального навчання.

Обсяг навчального навантаження студентів визначений у кредитах ECTS. Дисципліна структурована на 1 модуль – оториноларингологія, який розподілений на 4 змістовних модулів: 1. Клінічна анатомія, фізіологія, методи дослідження ЛОР-органів. 2. Захворювання вуха. 3. Захворювання верхніх дихальних шляхів. 4. Невідкладна допомога при захворюваннях ЛОР-органів.

Види навчальних занять, згідно з навчальним планом, наступні: лекції; практичні заняття; самостійна робота студентів; консультації. Погодинний навчальний план: лекції – 10 годин, практичні заняття – 40 годин, самостійна робота – 40 годин, всього – 90 годин. В цілому аудиторне навантаження складає 56%, а самостійна робота студентів 44%.

Теми лекційного курсу розкривають питання відповідного курсу отоларингології. Практичні заняття за методикою їх організації є клінічними, бо передбачають засвоєння методів ендоскопічного дослідження ЛОР-органів, дослідження функцій ЛОР-органів у хворих, визначення діагнозу на підставі узагальнення отриманих даних, проведення дифдіагнозу, призначення адекватного курсу лікування з приводу конкретного захворювання у відповідності до протоколів, вирішення тестів, ситуаційних задач.

Тривалість практичного заняття з отоларингології становить 4 години, включає визначення вихідного рівня знань студентів, розгляд основних питань теми заняття, опанування практичних навичок. Протягом 8-го практичного заняття студенти самостійно проводять курацію хворого та пишуть історію хвороби, яку захищають на 9-му практичному занятті. Поточна навчальна діяльність студентів контролюється на практичних заняттях відповідно до конкретних цілей. Застосовуються такі засоби контролю рівня підготовки студентів: тести, розв'язування клінічних ситуаційних задач, курація тематичних хворих, трактування даних рентгенологічних та аудіометричних досліджень, контроль практичних навичок, інші. В базу тестових завдань включені тести крок – 2 минулих років для кращої підготовки студентів 6-го курсу до задачі ліцензійного іспиту «Крок-2». У навчальному процесі широко використовується сервер дистанційного навчання, на якому є по кожній темі методичні розробки, конспект, наочні матеріали (фото, відео), тести, ситуаційні задачі.

Підсумковий контроль засвоєння модулю здійснюється по його завершенні. Він включає тестовий контроль із вирішенням 15 тестових завдань, задачу практичних навичок, письмові відповіді на два запитання (одне – з анатомії, фізіології та методів дослідження ЛОР-органів, друге – за клінічною темою), а також розв'язування клінічної ситуаційної задачі. Оцінка успішності студента з отоларингології є

рейтинговою і виставляється за багатобальною шкалою, як середня арифметична оцінка засвоєння модулю та має визначення за системою ECTS і традиційною шкалою.

Розподіл балів здійснюється таким чином: загальна кількість балів, які може отримати студент становить 200; вони розподіляються на бали, які отримав студент за поточну успішність та за підсумковий контроль. Максимальна кількість балів за поточну успішність – 120 балів, підсумковий модульний контроль – 80 балів, ІРС (індивідуальна робота студента) – 3 бали. Отримані студентами під час практичних занять оцінки за традиційною системою конвертуються у систему балів таким чином: «5»- 9 балів, «4» - 7,5 балів, «3» - 6 балів, «2» - 0 балів. Студент допускається до підсумкового модульного контролю за умови виконання навчальної програми і набравши не менше 78 балів. Підсумковий модульний контроль зараховується, якщо студентом набрано не менше 50 балів з 80.

Студенти оцінюються за шкалою ECTS таким чином: А (відмінно) – 180-200 балів; В (дуже добре) – 165-179 балів; С (добре) – 150-164 бали; D (задовільно) – 135-149 балів; Е (слабо) – 120-134 бали; FХ (незадовільно з можливістю повторного складання) – 70-119 балів; F (незадовільно з обов'язковим повторним курсом) – 1-69 балів.

Висновки: 1. КМС оцінки діяльності студентів є об'єктивною і справедливою. 2. Позитивними сторонами КМС є неприривність контролю знань студентів і активне їх навчання на протязі усього семестру, а не тільки у період сесії. 3. До недоліків КМС відноситься збільшення обсягів самостійної роботи студентів при скороченні годин на лекції та практичні заняття, масове впровадження тестової системи призводить до отримання поверхневих знань. 4. Найкращі результати навчання можна отримати при поєднанні кредитно-модульної системи з традиційною системою викладання отоларингології.

© О.Г. Плаксивий, С.А. Левицька, І.В. Калущкий, О.Д. Сапунков, О.О. Мазур, К.І. Яковець, 2015

*В.І. ПОПОВИЧ, Д.Т. ОРІЩАК, Н.В. ВАСИЛЮК, О.Б. СЕМЧУК
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)*

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН

В зв'язку із збільшенням серед студентів вищих медичних навчальних закладів іноземних громадян, перед викладачами вузів постало пи-

тання комунікації зі своїми вихованцями. Враховуючи географію студентів, які приїхали на навчання в Україну, можна відмітити, що бать-

ківщиною більшості із них є країни Азії та Африки, а основною чи другою мовою спілкування є англійська.

Викладання оториноларингології англомовним студентам вимагає особливої підготовки викладацького складу кафедри, оскільки методика викладання на факультеті підготовки іноземних громадян дещо відрізняється від загальноприйнятої та має свої особливості і труднощі, які не закінчуються лише мовним бар'єром [1,3].

Викладання англійською мовою на кафедрі оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї ІФНМУ проводиться протягом п'яти років. Ця дисципліна вивчається студентами 4 курсу стоматологічного та медичного факультетів. Для організації навчального процесу залучаються викладачі, які володіють розмовною англійською мовою та англомовною медичною термінологією. З метою контролю рівня знань англійської мови, викладачі, які проводять заняття англійською мовою, щорічно проходять тестування на базі кафедри мовознавства. На цій же кафедрі для поглиблення знань іноземних мов, в тому числі англійської, працюють постійно діючі курси для викладачів, які володіють іноземною мовою та для бажаючих її вивчити.

На кафедрі оториноларингології складено навчально-методичний комплекс, який включає календарно-тематичний план лекцій і практичних занять, тематичні плани самостійної позааудиторної роботи, методичні розробки лекцій, практичних занять для студентів та викладачів. Викладачами регулярно проводяться консультації для студентів англійською мовою.

Оториноларингологія є клінічною дисципліною, тому неможливо вивчення матеріалу проводити тільки на основі тестів, задач та усного опитування. Практично половина часу відводиться для роботи студентів у перев'язочній,

оглядовій, операційній. На відміну від україномовних студентів, самостійна робота в даному випадку вимагає постійної присутності викладача – посередника – перекладача, оскільки збір анамнезу та обстеження хворих вимагає спілкування з пацієнтом, що, в деякій мірі, викликає труднощі.

Одним із основних моментів роботи є збір анамнезу, огляду, постановки попереднього діагнозу та призначення плану обстеження і лікування. Вміння викладача повинні бути направлені на формування у студентів клінічного мислення, моделювання тактики в конкретній ситуації. Кожен студент повинен оволодіти і здати практичні навички.

При вивченні дисципліни обов'язковим є курація хворих із підготовкою та захистом історії хвороби на англійській мові. Для полегшення цієї роботи на кафедрі розроблені методичні вказівки та схеми написання історій, адаптовані для іноземних студентів.

У процесі викладання оториноларингології студентам факультету підготовки іноземних студентів виникають деякі труднощі, пов'язані із засвоєнням ними матеріалу. Це пов'язано з тим, що навчальні програми в медичних університетах англомовних країн дещо відрізняються від вітчизняних програм. Більшість іноземних студентів після закінчення ВУЗів на Україні підтверджують дипломи за кордоном. Тому в плані адаптації до стандартів світової освіти при підготовці лекцій і методичних матеріалів викладачі кафедри користуються іноземною навчальною та науковою літературою, даними мережі Internet.

Не до кінця вирішеною проблемою залишається обмежена кількість підручників, навчальних посібників, збірників тестових завдань. Позитивним є видання підручника з оториноларингології англійською мовою під редакцією проф. Ю.В. Мітіна та співавторів.

© В.І. Попович, Д.Т. Орішак, Н.В. Василюк, О.Б. Семчук, 2015

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, І.В. МАЛЬОВАНА (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

АНАЛІЗ НАУКОВОЇ І НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Мета роботи – проаналізувати наукову і навчально-методичну діяльність викладачів кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (медичного інституту імені академіка І.Я. Горбачевського,

медичної академії імені І.Я. Горбачевського, медичного університету імені І.Я. Горбачевського) за період з 1960 по травень 2014 рр. Наукові праці почали публікуватись з 1960, а навчально-методичні – з 1966 рр.

За час існування кафедри (з 1958р. і донині) кілька разів змінювались її керівники. Це, природно, наклало відбиток на наукову тематику, якою займалися її викладачі в минулому. На кафедрі розроблялись наступні питання: тимпанопластика; застосування біоактивних електродів в оториноларингології; застосування біоактивних електродів в оториноларингології; вдосконалення методики хірургічних втручань на лімфаденоїдному горловому кільці і боротьба з післяопераційною кровотечею; вивчення імунологічних порушень в організмі при хронічному тонзиліті; вдосконалення слухополіпшуючих операцій при отосклерозі; методика ощадливої тимпанопластики комбінованим клаптем; вдосконалення методів хірургічного лікування при хронічному верхньощелепному синуситі; лікування хворих після тонзилектомії інгаляціями настоїв бруньок дельтовидної тополі; терапія пацієнтів після тонзилектомії інгаляціями прополісу; ощадливий спосіб лікування при злоякісних новоутворах гортані методом парціальних резекцій; звукова анальгезія при аденомотомії і при пункції верхньощелепної пазухи; остеопластична операція при хронічному верхньощелепному синуситі; використання протеолітичних ферментів при хронічних синуситах; застосування кортикостероїдів при кохлеарному невриті; знеболення ультракаїном при підслизовій резекції перегородки носа і при тонзилектомії; хірургічне лікування новоутворів зовнішнього і середнього вуха.

Основними напрямками наукової діяльності кафедри оториноларингології нині є розробка нових методів мікрооперацій на вусі при хронічному середньому гнійному отиті і вдосконалення хірургічних втручань на перегородці носа при її деформаціях. Зокрема, професором І.А. Яшаном запропоновано 3 типи ощадливої тимпанопластики при хронічному мезотимпаніті (яку він називав меато-мембранопластиком, аудіопластиком) відповідно до локалізації перфорації барабанної перетинки (дозаду від лінії держальця молоточка, допереду від лінії держальця молоточка, субтотальна) і варіанти відновлення звукопроведення в залежності від рівня руйнування ланцюжка слухових кісточок. Ці типи операції знайшли відображення ще в 1970р. в його публікації «Некоторые вопросы восстановления звукопроведения при меато – мембранопластике». В подальшому він постійно вдосконалював варіанти ощадливої тимпанопластики. За результатами цієї роботи на кафедрі виконано і захищено 3 кандидатські (Г.С. Протасевич, Н.М. Рішко, О.І. Яшан) і 1 докторська дисертація (доцент О.І. Яшан). Переваги ощадливої тимпанопластики відмічали І.А. Яшан і

його учні. Ці переваги наступні: 1) при ній наноситься мінімальна травма хворому, оскільки втручання проводиться через зовнішній слуховий хід; 2) завдяки використанню м'яких тканин зовнішнього слухового ходу для закриття перфорації барабанної перетинки покращується приживлення неотимпанального трансплантата; 3) можна оперувати хворих зі змішаною приглухуватістю, осіб похилого віку; 4) доволі високі морфологічні (закриття перфорації барабанної перетинки в 82-83% випадків) і функціональні (покращення чи відновлення слуху в 69-70% випадків) результати операції; 5) при невеликому хірургічному втручанні його через невеликий проміжок часу можна повторити. Досвід роботи професора І.А. Яшана був узагальнений в монографії «Эндомеатальная тимпанопластика», що вийшла в 1982р. у видавництві «Здоров'я». Ідеї з ощадливої тимпанопластики І.А. Яшана нині продовжує його син професор Олександр Іванович Яшан.

Доцент Г.С. Протасевич розробляв різні аспекти проблеми деформації перегородки носа і опублікував їх в понад 100 наукових працях. Зокрема, він вивчав питання впливу деформації перегородки носа на стан ЛОР – органів і займався вдосконаленням хірургічних втручань на перегородці носа. Запропоновані ним ощадливі операції на перегородці передбачають максимально оберегати функціонально активні тканини перегородки носа (хрящ і слизову оболонку), підвищують результати хірургічних втручань і скорочують термін перебування хворих в стаціонарі в поопераційний період. Розробки Г.С. Протасевича нині продовжує його учень доцент А.П. Ковалик.

За минулі роки викладачами кафедри виконано 6 планових наукових робіт. Крім того, за наказом міністерства охорони здоров'я України, колективом викладачів кафедри в 1982-1984 рр. виконано наукову роботу під шифром «Лава», що стосувалась організації оториноларингологічної служби в системі цивільної оборони.

За цей період існування кафедри її викладачами опубліковано 1004 наукові, 56 навчально-методичних і 14 науково-популярних статей. Серед них монографія, 2 книжки, 2 навчальні посібники, підручник для медичних сестер, 380 статей, тез анотацій в журналах, 254 статті, тез, анотації в збірниках. 11 раціоналізаторських пропозицій, 58 спостережень з практики, 21 з історії оториноларингології, 21 рецензія, 1 лекція, 149 оглядів, 79 аналітичних статей, 18 звітів обласного наукового товариства оториноларингологів, 3 ювілеї. Опублікована монографія названа вище. Серед опублікованих робіт 2 книжки «Дифференциальный диагноз по клиничес-

ким симптомам в оториноларингологии» (К., 2004 р. і СПб, 2014 р.), навчальні посібники «Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології» (К., 1996 р.), «Посібник до практичних занять з оториноларингології» (К., 2002 р.). Ці книги і посібники написав Г.С. Протасевич в співавторстві з рядом завідувачів і викладачів ЛОР-кафедр (курсів) медичних вузів України. Викладачами кафедри в 1999 р. випущено підручник для медичних сестер «Медсестринство в оториноларингології» (Тернопіль, 1999 р.). Крім того, викладачів кафедри опублікували 9 методичних рекомендацій, методичних листів, інформаційно-методичних листів, інформаційних листків, 2 авторські свідоцтва на винаходи, 14 патентів на винаходи, отримали 7 посвідчень на раціоналізаторські пропозиції. Статті, тези і анотації друкувались в таких журналах: «Вестник оториноларингологии»; «Вісник наукових досліджень»; «Врачебное дело»; «Журнал ушных, носовых и горловых болезней» («Журнал вушних, носових і горлових хвороб»); «Ринологія», «Здравоохранение» (Кишинев); «Здравоохранение Белоруссии»; «Здравоохранение Туркменистана»; «Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова»; «Гематология и трансфузиология»; «Советская медицина», «Шпитальна хірургія» та в інших, а також в багатьох збірниках. Викладачами кафедри виконано і захищено 2 кандидатські (Є.І. Турович і А.Ф. Масик) і 3 докторські дисертації (Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик і О.І. Яшан). Викладачі кафедри приймали

участь і виступали з доповідями у 5 Всесоюзних з'їздах оториноларингологів: V (1959р., м. Ленінград); VI (1968р., м. Єреван); VII (1975р., м. Тбілісі); VIII (1982р., м. Суздаль); IX (1988р., м. Кишинів); 9 з'їздах оториноларингологів України: III (1964р., м. Київ); IV (1971 р., м. Київ); V (1977р., м. Донецьк); VI (1983 р., м. Львів); VII (1989р., м. Одеса); VIII (1995 р., м. Київ); IX (2000р., м. Київ); X (2005р., м. Судак); XI (2010р., м. Судак), а також у I з'їзді оториноларингологів Казахстану (1983 р., м. Алма – Ата) та II з'їзді оториноларингологів Білорусії (1984р., м. Мінськ). Викладачі кафедри також приймали участь в багатьох Всесоюзних, республіканських, обласних, міжобласних конференціях оториноларингологів, Пленумах Правління Всесоюзного і Українського ЛОР-товариств, де виступали з доповідями. Вони були учасниками всіх наукових і навчально-методичних конференцій Тернопільського державного медичного інституту (академії, університету) і там представляли доповіді у вигляді усних чи стендових повідомлень.

Таким чином, викладачі кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (державного медичного інституту імені академіка І.Я. Горбачевського, державної медичної академії імені І.Я. Горбачевського, державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського) за весь період існування цієї кафедри виконували значну наукову і навчально-методичну роботу, про що свідчать наведені вище дані.

© Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, І.В. Мальована, 2015

С.М. ПУХЛИК, О.В. ТИТАРЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)

АНГЛОЯЗЫЧНОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В ОНМЕДУ

Преподавание оториноларингологии англоязычным студентам в ОНМедУ осуществляется с 2000 года и базируется на лучших традициях украинской высшей школы, что способствует выходу системы высшего медицинского образования в Украине на качественно новый уровень. Ежегодно на кафедре обучаются около 360 англоязычных студентов по 10-12 человек в каждой подгруппе. Согласно современным критериям, кратность студентов на 1 преподавателя на занятии должна быть 5-6 к 1. Следует учитывать, что эти студенты имеют разный языковой уровень, школьные программы, национальность, вероисповедание, политические убежде-

ния, а также полярные базовые знания по специальности. В связи с этим преподавателям очень трудно уделить равноценное внимание всем студентам, что мешает эффективному усвоению дисциплины, усложняет контроль знаний студентов. Особенно актуальна данная проблема в текущем учебном году, так как ВУЗ принял дополнительно для обучения большое количество студентов из регионов восточной Украины. Помимо этого, сотрудникам кафедры пришлось провести аттестацию студентов из этих же регионов, потерявших по какой-либо причине зачетные документы, но освоившие специальность в предыдущем ВУЗе.

На кафедре есть достаточное количество преподавателей, владеющих английским языком, совершенствующих свой языковой уровень участием в международных конференциях и симпозиумах, однако мы постоянно готовим резерв из аспирантов, магистров, клинординаторов. Сотрудниками подготовлена учебно-методическая база для аудиторной и самостоятельной работы студентов для освоения теоретической части предмета, издан учебник. Всю литературу студенты могут получить в печатном и электронном виде на сайте библиотеки университета. Однако приоритетным звеном учебного процесса является овладение студентами практических навыков, что весьма затруднено у данной категории студентов из-за языкового барьера с больными. Поэтому во время курации больных, их клинического обследования и лечения преподавателю нередко приходится выступать в качестве переводчика. Это снижает

уровень самостоятельности студентов, что является определяющим в профессиональной подготовке будущих специалистов. Результаты самостоятельной работы контролируются преподавателем при проведении текущего и модульного контроля.

Одним из видов самостоятельной работы этих студентов также является участие в научно-исследовательской работе, подготовка докладов на студенческие конференции.

Помимо студенческой работы на кафедре осуществляется постдипломное обучение англоязычных клинординаторов.

Таким образом, на кафедре оториноларингологии проведена большая организационная работа по внедрению преподавания студентам-медикам на английском языке, что способствует интеграции украинского медицинского образования в мировое образовательное пространство.

© С.М. Пухлик, О.В. Титаренко, 2015

*К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, С.А. ДОЛЖЕНКО, С.Н. СЕРДЮК, О.В. МАЛЕЕВ,
П.В. АНДРЕЕВ, З.Т. КЛИМОВ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)*

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Современная система медицинского образования все активнее использует информационные технологии и компьютерные телекоммуникации. Современный процесс информатизации на основе компьютеров, развития сообщества сетей Интернет, открывают в медицинском образовании путь дистанционному обучению.

Дистанционное обучение (ДО) – это взаимодействие преподавателя и студента между собой на расстоянии, отражающее все присущее учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, средства обучения) и Интернет – технологии. Возникает вопрос: «Возможно ли ДО в медицине?» Безусловно, обучение врача практическим навыкам требует традиционно очных занятий, но вся теоретическая подготовка может проходить в дистанционном формате.

ДО представляет собой комплект обучающих, контролирующих, моделирующих и других программ. Несомненны преимущества ДО как средства обучения. Это: 1. Возможность сочетания логического и образного способов освоения информации. 2. Активизация образовательного процесса за счет усиления наглядно-

сти. 3. Интерактивное взаимодействие. ДО обеспечивает практически мгновенную обратную связь, многовариантность, многоуровневость и разнообразие проверочных заданий. Позволяет все задания и тесты давать в интерактивном режиме с разъяснениями и комментариями. При неверном ответе можно давать верный ответ. ДО можно дополнять, корректировать в процессе эксплуатации. ДО позволяет преподавателю с помощью компьютера быстро и эффективно контролировать знания учащихся, задавать содержание и уровень сложности.

Структура ДО. Построение дистанционного обучения – это представление учебного материала, практика и тестирование. Текстовая часть должна сопровождаться многочисленными перекрестными ссылками, позволяющими сократить время поиска необходимой информации. Видео- и аудиоинформация должна сопровождать разделы, которые трудно понять в обычном изложении. Должны быть вложены функции, позволяющие повторить материал с любого места.

Технологии создания дистанционного обучения достаточно трудоемки. Мы использо-

вали систему дистанционного обучения Moodle для самостоятельной подготовки студентов 4 курса по оториноларингологии. Это бесплатная система электронного обучения. Она применяется учебными заведениями большинства стран мира, крупными компаниями и отдельными преподавателями.

По своим возможностям система Moodle может сравниться с самыми лучшими коммерческими разработками с открытым исходным кодом. Это дает возможность дорабатывать систему под нужды и специфику работы конкретного образовательного проекта, а также легко дополнять ее новыми сервисами. На ресурсе были размещены интерактивные лекции с обратной связью, обеспечивающие полный контроль со стороны преподавателя. Методические рекомендации по каждой теме, электронные

учебники студент мог легко найти по гиперссылке. С помощью учебных фильмов мы попытались помочь студентам получить максимально возможный объем информации, вникнуть в нюансы и тонкости процесса. Были созданы наборы тестовых заданий. Студентам разрешалось проходить тест несколько раз. После решения теста, студент мог увидеть оценку, которая выставлялась в автоматическом режиме.

Таким образом, дистанционное обучение должно максимально облегчить понимание и запоминание наиболее существенных моментов в изучении оториноларингологии. Включаясь в учебный процесс, где используются мультимедийные технологии, студент-медик становится субъектом коммуникативного общения с преподавателем, что развивает самостоятельность и творчество в его учебной деятельности.

© К.Г. Селезнев, С.А. Долженко, С.Н. Сердюк, О.В. Малеев, П.В. Андреев, З.Т. Климов, 2015

*К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, З.Т. КЛИМОВ, С.А. ДОЛЖЕНКО, С.Н. СЕРДЮК,
П.В. АНДРЕЕВ, О.С. ОКУНЬ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)*

ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НА КАФЕДРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ДОНГМУ

Внедрение в медицинскую практику эндоскопической техники позволило объединить в себе достоверность диагностических исследований, щадящие, высокоэффективные принципы лечения. Диагностическая эндориноскопия признана важнейшим методом обследования ринологических больных, с помощью которого можно получить ценнейшую информацию о состоянии внутриносовых структур (З.С. Пискунов и соавт., 1995; Д.И. Заболотный, И.С. Зарицкая, 1999; В.И. Шербул, В.Б. Олейников, 1999; З.Т. Климов, 2001).

На кафедре оториноларингологии ДонНМУ с 1997 года освоена и внедрена техника эндоназальной эндоскопической функциональной хирургии носа. Обучение врачей-интернов этому методу является актуальной задачей.

Приоритетным в системе обучения врача-интерна остаётся самостоятельная активная деятельность обучающегося. Внеаудиторная подготовка подразумевает изучение курсантами монографий по той или иной тематике, подготовку рефератов на заданную тему. Систематичность и последовательность подготовки специалистов осуществляется нами за счет организационной работы, направленной на реализацию поэтапного обучения. В лекционном курсе применяем интегрирование материала, что позволяет рас-

сматривать проблему с общеврачебных позиций. Подобное изложение материала способствует повышению общеврачебного уровня оториноларинголога.

Практические занятия начинаются с изучения анатомии и физиологии верхних дыхательных путей. Более детально изучается физиология и эндоскопическая анатомия носа, околоносовых пазух, носоглотки. С этой целью используем учебные видеофильмы из собственной видеотеки с вариантами анатомической нормы и патологии. Затем врачи-интерны изучают клиническую анатомию по срезам черепа через полость носа и ОНП.

Изучив названия и предназначения эндоскопического инструментария, обучающиеся осваивают с их помощью методы исследования носа и носоглотки.

Для закрепления теоретического и практического материала преподаватель демонстрирует все этапы эндоскопического клинического исследования, а также различные варианты хирургического вмешательства в перевязочной и операционной, используя видеосистему.

В последующем врачи-интерны допускаются к эндоскопическому исследованию больных с различной ринологической патологией под наблюдением преподавателя.

При виконанні врачами-інтернами різних етапів ендоскопічного втручання преподаватель і група навчаючихся мають можливість оцінити дії лікаря на екрані монітора.

Слід відзначити, що підготовка здійснюється, як правило, індивідуально і може розглядати різні аспекти ендоназальної ендоскопічної хірургії: ендоназальна ендоскопічна дакриоцистостомія, хірургія атрезії хоан, доброякісні

і злоякісні новоутворення носа і ОНП, ендоназальна пластика ликворних свищів і т.д.

Таким чином, проведення поетапного навчання, індивідуальний підхід до навчаючогося, використання сучасної ендоскопічної апаратури, як в навчальному, так і клінічному аспекті, сприяють підвищенню професійної підготовки лікарів-інтернів по питаннях діагностики і лікування хворих з різною ринологічною патологією.

© К.Г. Селезнев, З.Т. Климов, С.А. Долженко, С.Н. Сердюк, П.В. Андреев, О.С. Окунь, 2015

*В.О. ШКОРБОТУН, Р.А. АБИЗОВ, О.О. ПЕЛЕСЕНКО, С.С. САМОЙЛЕНКО,
В.В. КРИВША, С.О. ЛАКИЗА (КИЇВ, УКРАЇНА)*

НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ -ОТОЛАРИНГОЛОГІВ НА ЦИКЛІ СТАЖУВАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ» В ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Стажування, як один із різновидів післядипломного навчання, призначене для лікарів-отоларингологів, які мають перерву стажу за спеціальністю в межах 3-х років або втратили кваліфікаційну категорію (другу, першу, вищу), а також лікарів-отоларингологів, котрі підтверджують звання "лікар-спеціаліст" за спеціальністю «Отоларингологія».

Метою навчання на циклі є набуття професійних знань, умінь та навиків з отоларингології в межах підготовки до атестації на звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Отоларингологія» і визначення рівня теоретичної та практичної підготовки лікаря-отоларинголога відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики для підтвердження звання лікаря-спеціаліста.

Тривалість навчання складає 1 місяць (156 навчальних годин). Навчання проводиться за програмою, яка охоплює увесь обсяг теоретичних знань та практичних навиків, необхідних лікарю-отоларингологу для проведення самостійної роботи.

Програма складається з 16 окремих курсів, на базі яких розроблений навчальний план циклу. Додаткові програми представлено 4 курсами: організація медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях; проблеми СНІДу та вірусних гепатитів; питання імунізаційної профілактики; військова медична підготовка.

Навчання складається з лекцій, практичних та семінарських занять.

Для виявлення рівня знань і навиків слухачів програмою передбачено наступний контроль: визначення базових знань, рубіжні заліки та заключний іспит. Заключний іспит складається з трьох розділів: іспиту з практичних навичок, заключного комп'ютерного контролю та співбесіди. Для базового та заключного іспиту використовується тестова комп'ютерна атестаційна програма, затверджена МОЗ України.

Слухачі, які успішно склали іспит, отримують сертифікат встановленого зразка з рекомендацією про підтвердження звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Отоларингологія».

© В.О. Шкорботун, Р.А. Абизов, О.О. Пелешенко, С.С. Самойленко, В.В. Кривша, С.О. Лакиза, 2015

**ЦИКЛ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ДЛЯ КЕРІВНИКІВ БАЗОВИХ
МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ПІДРОЗДІЛІВ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
“АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
НА ЗАОЧНОМУ ЦИКЛІ НАВЧАННЯ”**

Цикли тематичного удосконалення є однією з ефективних форм засвоєння та поглиблення нових знань і займають важливе місце в системі післядипломної освіти лікарів. На кафедрі оториноларингології імені П.Л. Шупика в минулому році розроблена та затверджена МОЗ України програма циклу тематичного удосконалення “Актуальні питання підготовки лікарів-інтернів на заочному циклі навчання”.

Навчальний план та програма зазначеного циклу використовуються для проведення навчання керівників базових установ, стажування лікарів-інтернів I-II року навчання за фахом “Оториноларингологія” на заочному циклі навчання.

Головною метою циклу є ознайомлення слухачів з основними положеннями про інтернатуру (спеціалізацію) випускників вищих медичних закладів освіти, правовими аспектами підготовки лікарів-інтернів, організацією та методами проведення навчального процесу в заочному циклі навчання з отоларингології, ознайомлення з теоретичними та практичними аспектами новітніх технологій в лікуванні отоларингологічних хворих. Тривалість навчання – 1 тиждень (39 годин).

Навчання проводиться за програмою, що містить 2 курси актуальних теоретичних та практич-

них питань з отоларингології, і 2 додаткові програми з педагогіки-психології та імунопрофілактики.

В структурі навчального, тематичного і робочого планів передбачені традиційні форми занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарів (обговорення результатів клінічних досліджень, клінічні розбори, дискусії). Слухачі циклу забезпечуються методичними рекомендаціями для керівників баз стажування з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Отоларингологія».

Під час навчання розглядаються наступні теми:

1. Правові аспекти положення про підготовку лікарів-інтернів на базах стажування відповідно до “Положення про спеціалізацію (інтернатуру) за фахом “Отоларингологія”.
2. Сучасні методи реабілітації порушень слухової функції.
3. Основи функціональної ендоскопічної хірургії носа та приносових пазух.
4. Новітні високочастотні електрозварювальні технології в отоларингології та онкоотоларингології.

У кінці циклу проводиться контроль знань у формі заліку.

Після закінчення циклу слухачі отримують посвідчення про підвищення кваліфікації встановленого зразка.

ЗМІСТ

ІСТОРІЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Тишко Ф.О.

XII-й з'їзд Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів (м. Львів, 2015 р.) в контексті VI з'їзду (Львів, 1983 р.) оториноларингологів України: перспективи розвитку 3

Дячук В.В., Дячук В.В.

Історія оториноларингології Закарпаття 4

Левицька С.А., Гладкий І.Ф.

Історія тонзилектомії – дві тисячі років невизначеності 6

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Абизов Р.А., Онищенко Ю.І., Вергун Л.Ю. Біофізичне обґрунтування механізму голосоутворення відновленої голосової складки шляхом електротермоадгезії 50

Абизов Р.А., Ромась О.Ю. Сучасний підхід до відновлення голосової функції при дисфоніях у хворих зі запальними процесами глотки та гортані 7

Аврунин О.Г., Калашиник Ю.М., Калашиник М.В., Носова Я.В. Сравнительная характеристика показателей носового дыхания при передней и задней активной риноманометрии у пациентов с искривленной носовой перегородкой 56

Александрук Н.В., Геник Я.І., Кудерська Н.М., Ванченко Н.В. Наш досвід проведення пункційно-дилатативної трахеостомії 8

Андреев С.В., Чернявская М.С. Применение иммуномодуляторов при лечении хронических синуситов 9

Андрейчин Ю.М., Корицький В.Г., Омеляш В.І.

Кровотеча в зв'язку з тонзилектомією у дітей, оперованих під ендотрахальним наркозом 10

Андрейчин Ю.М., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Ніколов В.В., Гавура А.І., Шевага І.В., Чортківський Т.В. Концепції консервативного лікування синуситів 10

Андрейчин Ю.М., Яшан О.І., Протасевич Г.С., Гавура А.І., Шевага І.В., Вівчар І.Я. Клінічна картина і методи діагностики аденоїдних вегетацій у дорослих 12

Багрії М.П., Рожок М.П., Ніколов В.В., Шило О.І., Школьна О.М. Гексаспрей в місцевому лікуванні гострого фарингіту у дорослих 13

Баріляк А.Ю., Баріляк Ю.Р., Москалик О.Є., Кочан Т.Б., Кочан О.Я., Солх А. Наш досвід ендоскопічної хірургії на приносових пазухах носа 14

Безшапочный С.Б. Вторичная иммунная недостаточность и возможности ее коррекции 179

Береговий Д.В., Протасевич Г.С., Дужик У.Р. Застосування прополісно-воскової пасти для лікування хронічного тонзиліту 15

Березнюк В.В., Сапронова Е.В., Соколенко Я.Б. Наш опыт хирургического лечения назальной ликвореи 15

Березнюк В.В., Чернокур А.А. Хирургическое лечение стенозов гортани с применением полупроводникового лазера 16

Бредун О., Карась А. Особливості структури піднебінних мигдаликів дітей при хронічному тонзиліті та гіпертрофії. Електронно-мікроскопічне дослідження 17

Ванченко В.М., Геник Я.І., Комашко Н.А., Кудерська Н.М., Семенишин Г.В. Ефективність використання противірусних та імуностимулюючих препаратів в лікуванні хронічної герпес-вірусної інфекції 18

Ванченко В.М., Геник Я.І., Комашко Н.А., Кудерська Н.М. Наш досвід проведення ендоскопічної септопластики у пацієнтів з обмеженим викривленням носової перегородки	19
Ванченко В.М., Дудій П.Ф., Комашко Н.А., Ванченко Н.В. Прогнозування об'єму хірургічного втручання за даними СКТ приносних пазух	20
Ванченко В.М., Комашко Н.А., Багрій М.М., Левандовський В.І., Геник Я.І. Патоморфологія назального поліпозу на фоні бронхіальної астми	22
Ванченко В.М., Комашко Н.А., Семенишин Г.В., Білобровка В.Л., Деркач І.І. Імунодіагностика алергічних захворювань	22
Гавура А.І., Гарасимів А.І., Ткачук В.М., Чортківська Л.А., Яшан О.І., Ніколов В.В. Синупрет форте в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих	23
Гавура А.І., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Ніколов В.В., Шевага І.В. «Синус-лифт» комплекс з екстрактом цикламену європейського в місцевому лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих	24
Гаєвський В.Ю., Гаєвський А.Ю. Особливості перебігу поліпозного риносинуситу у хворих з поліморфізмом нуклеотидів імунотропосомі LMP2	25
Гарасимів А.І., Невірковець А.М., Чортківський Т.В., Яшан Л.В., Шевага Б.І., Левчук В.А. Застосування спрею назального маример у комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих	25
Гарюк О.Г., Гарюк Г.И., Меркулов А.Ю. Особенности риноманометрического исследования больных с аллергическим ринитом	26
Гарюк Г.И., Гарюк О.Г., Светличный А.Е. Пограничные патологические состояния, ведущие к отоларингологическим осложнениям	27
Гарюк Г.І., Кулікова О.О., Давиденко В.Л. Динаміка «гострофазових білків» сироватки крові і оксипроліну крові у хворих на гострий епіглотит (інфільтративна форма і абсцедуюча) у процесі лікування	28
Гарюк Г.И., Самусенко С.А. Риногенные аспекты индуцированной патологии слезоотводящей системы	29
Гарюк Г.И., Филатова И.В., Головкин Н.А., Головкин А.Н., Потапов С.В. Обоснование тактики хирургического лечения риносинуситов у детей с паразитозами	31
Гарюк Г.И., Шевченко А.М., Арнольди В.М., Тимошенко Ю.В., Бобрусь А.Б., Светличный А.Е. Наш опыт диагностики и лечения острых ЛОР-заболеваний на фоне метаболических нарушений	32
Геник Я.І., Білобровка В.Л., Комашко Н.А., Дранчук В.Д., Кудерська Н.М. Ефективність використання небулайзерної терапії після операцій на носовій перегородці та приносних пазухах	33
Герасимюк М.І., Ніколов В.В., Хабаров А.В., Питак Т.А., Шевага І.В., Левчук В.А. Застосування препарату аксеф у лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей	34
Герасимюк М.І. Папілома піднебінного мигдалика як прояв хронічного тонзиліту	35
Гинькут В.Н. Туберкулёз глотки	36
Гинькут В.Н. Рецидивирующий ретротонзиллярный абсцесс у ВИЧ-инфицированной пациентки	37
Гинькут В.Н. Перитонзиллярный абсцесс после тонзиллэктомии	37
Гинькут В.Н., Гинькут В.В. Применение ибупрофена при острых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, сопровождающихся лихорадкой	38
Говда О.В., Ніколов В.В., Яшан Л.В., Павлюк П.С., Біль І.О., Чортківська Л.А. Цинабсин в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих	39
Губин Н.В., Гарюк Г.И., Саенко М.С., Губин В.Н., Распопова И.Ю., Чуаков В.Л. Редкое наблюдение смертельной тупой травмы гортани при судебно-медицинской экспертизе	51
Гусаков О.Д., Скоробогатий В.В., Діденко В.Й., Каширін В.О., Кокоркін Д.М., Гусакова О.О. Субперіостальна остеоконхотомія у лікуванні нейровегетативної форми вазомоторного риніту	40
Дєєва Ю.В. Ефективна місцева терапія риносинуситів	180
Дідковський В.Л., Стась В.Г., Стась П.В. Рецидив паратонзиллярного абсцесу: аналіз можливих чинників за даними міського ЛОР-стаціонару	41
Дячук В.В., Дячук В.В. Кашель – проблема дитячого оториноларинголога чи педіатра?	42
Дячук В.В., Сівач В.О. Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування риніту вагітних	43

Євчев Ф.Д., Зайцева М.О., Пушкарьский В.В. Результати комплексної діагностики та хірургічного лікування хворих із новоутвореннями фаринго-парафарингеальної ділянки	87
Желтов А.Я., Гусаков А.Д., Каширин В.А., Костровский А.Н. Дифференцированный подход к хирургическому лечению детей страдающих хроническим воспалением глоточной миндалины с учетом эндоскопии носоглотки	44
Журавлев А.С., Аврунин О.Г., Шушляпина Н.О. Изучение кислотности слизистой оболочки носа при различных патологических процессах	45
Журавлев А.С., Калашник М.В., Демина Е.В. Эндоскопическая хирургия верхнечелюстных синуситов	46
Журавлев А.С., Калашник М.В., Калашник Ю.М., Крылова И.В. Профузные носовые кровотечения	47
Журавлев А.С., Лупыр А.В., Шушляпина Н.О., Юревич Н.А. Взаимосвязь некоторых маркеров воспаления при полипозном риносинусите	48
Журавлев А.С., Яценко М.И., Бондаренко О.В., Дзыза А.В. Клинические аспекты осложненных синуситов у больных сахарным диабетом	49
Заболотна Д.Д., Ісмагілов Е.Р., Паламар О.І. Наш досвід лікування хворих на менінгоцеле та менінгоенцефалоцеле основи черепа	52
Заболотна Д.Д., Цвірінко І.Р., Паламар О.І. Особливості протікання раннього післяопераційного періоду у хворих після ендоскопічних ендоназальних доступів у хворих з патологією селярно-хіазмальної ділянки	52
Заболотний Д.І., Мельников О.Ф., Грицевич М.Ю., Шкльода Р.І. Комплексне лікування загострень хронічних фарингітів	53
Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Мукозальные вакцины в иммунопрофилактике инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (прошлое, настоящее, будущее)	54
Заболотний Д.І., Паламар О.І., Заболотна Д.Д., Зінченко Д.О., Цвірінко І.Р. Сучасні хірургічні доступи до підскроневі та крилопіднебінної ямок	55
Заболотный Д.И., Самбур М.Б., Савченко Т.Д., Шуклина Ю.В., Кривохатская Л.Д., Заяц Т.А., Тимченко М.Д. Использование противовирусной вакцины в профилактике рецидивов папилломатоза гортани	56
Зайков С.В., Скічко С.В. Диференційна діагностика та лікування алергічного риніту	181
Калашник Ю.М., Юревич Н.А. Состояние иммунного статуса у пациентов с хроническим ларингитом на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	58
Карал-Оглы Р.Д. Атомер – прополис в реабилитации больных после криоконхотомии и криотонзиллотомии	59
Кизим В.В., Юренко Е.А., Кизим Я.В. Комплексная терапия полипов и гранулем гортани	59
Кизим В.В., Юренко Е.А., Кошик Е.А., Кизим Я.В., Рыбалко А.П. Биомаркеры в диагностике ларингофарингеального рефлюкса	60
Кіцера О.О. Інгаляційна бальнеотерапія в лікуванні дистрофічних процесів слизової оболонки носа	61
Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А., Барціховський А.І. Наш досвід в хірургічному лікуванні перелому передньої стінки лобної пазухи	63
Кіщук В.В., Лобко К.А., Грицун Я.П., Лобко А.Д., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Барціховський А.І. Використання місцевих антибактеріальних засобів при лікуванні гострого бактеріального риносинуситу	64
Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Жижкіна О.С. Ателектаз верхньощелепної пазухи в практиці оториноларинголога	64
Клочков Є.І., Зінченко Д.О., Шматко В.І. Загальнопатологічні та клінічні аспекти захворювань, викликаних герпесвірусним інфікуванням	66
Ковалик П.В., Ніколов В.В., Зінько А.В., Шевага Б.І. Фурасол в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дорослих	69
Ковалик Н.П., Питак Т.А., Твердохліб М.А., Гайдучик І.Я. Застосування аерозоліу біопарокс в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дітей	70
Ковалик П.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І. Тактична помилка при виконанні тонзилектомії у осіб на деформацію перегородки носа з утрудненням носового дихання	70

Ковалик Н.П., Яшан А.О., Волошин Г.Г., Пляшко К.О., Янюк А.В. Аерозоль біопарокс в місцевому лікуванні фолікулярної ангіни у дорослих	71
Ковтуненко А.В. Наш опыт оказания медицинской помощи пострадавшим с ранениями ЛОР-органов из зоны АТО	72
Кокоркин Д.Н. Ирригационная терапия у детей и подростков с вазомоторными ринитами	73
Комашко Н.А., Ванченко В.М., Геник Я.І., Ванченко Н.В., Кудерська Н.М., Білобровка В.Л. Використання транексамової кислоти в ЛОР-хірургії	75
Комашко Н.А., Геник Я.І. Особливості тампонади носової порожнини та післяопераційного ведення хворих при FESS	75
Корицький В.Г., Яшан О.І., Протасевич Г.С., Хоружий І.В., Шевага І.В. Особливості аденотомії у дітей та дорослих	76
Костровский А.Н., Антонец С.С., Назаренко К.Г., Нестеренко В.В. Клинико-эпидемиологические особенности хронического полипозного риносинусита по данным ЛОР-клиники ЗГМУ	77
Кошель І.В., Багрій М.М., Заболотна Д.Д. Рівень експресії конститутивної циклооксигенази в тканинах порожнини носа у пацієнтів з різним типом назального поліпозу	78
Кошель І.В., Мигович Л.Д. Визначення основних клінічних фенотипів поліпозного риносинуситу з метою призначення саліцилателімуючої дієти	79
Кривша В.В., Пелешенко О.О., Самойленко С.С., Щербініна Г.Ю. Використання епістатичних носових тампонів в отоларингологічній практиці	80
Криничко Л.Р., Мотайло О.В., Науменко О.М. Вибір хірургічного доступу при видаленні грибкового тіла з верхньощелепної пазухи	81
Криничко Л.Р., Мотайло О.В., Науменко О.М. Особливості хірургії «ключових зон» перегородки носа	82
Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Осадча Т.М. Психокорекційний вплив як складова частина комплексного супроводу дітей з порушенням голосової функції	83
Лайко А.А., Гавриленко Ю.В., Степанова О.В. Стан верхніх дихальних шляхів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу	84
Лайко А.А., І.А. Мітюряєва, Ю.В. Гавриленко, А.В. Гнилокурченко, О.В. Степанова Поширеність хронічного тонзиліту у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу	85
Лайко А.А., Павловська Н.Ю., Шух Л.А., Сегал В.В., Гавриленко Ю.В. Хірургічне лікування дітей із захворюваннями лімфаденоїдної тканини глотки	86
Лайко А.А., Шух Л.А., Сегал В.В., Іць Т.С., Осадча Т.М. Клініка та лікування ацетонемічного синдрому після операцій у дітей, хворих на гіпертрофію лімфаденоїдної тканини глотки	88
Лакиза С.О., Олейніков В.Б., Шербул О. В. Діагностична та лікувальна тактика при вогнепальних, поєднаних, проникаючих пораненнях ший	182
Левицька С.А., Понич О.М., Колесник В.Л. Кореляція клінічних симптомів і результатів комп'ютерної томографії навколоносових синусів у хворих на хронічний синусит	89
Левчук В.А., Стахів О.В., Герасимюк М.І., Корицький В.Г., Твердохліб М.А., Шевага Б.І. Застосування гексаспрею для місцевого лікування фолікулярної ангіни у дітей	89
Лета О.І., Рауцкіс П.А., Бурдейний С.О., Власенко А.В., Шамай С.О. Наш досвід використання апарату Coblator II з електродом EVAC 70 для проведення аденотомії	90
Мазур О.О., Пашковська Н.В., Левицька С.А., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Яковець К.І. Якісний і кількісний склад мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки у пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу, хворих на хронічний гнійний гайморит	91
Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Левицька С.А., Яковець К.І., Кульчицька Т.Л. Корекція синдрому метаболічної інтоксикації у хворих на хронічний гнійний гайморит з цукровим діабетом 1 типу	92
Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Незборецький І.В., Малкович Л.Д. Мікробний пейзаж та порушення біоценозу порожнини ротоглотки у хворих на хронічний гнійний синусит із цукровим діабетом 1 типу	93
Машейко А.М., Макаренко О.В. Аналіз асортименту антибактеріальних засобів для лікування гострих форм тонзиліту	94

<i>Мельников О.Ф., Бредун А.Ю., Семенюк В.П., Заболотная Д.Д., Тимченко М.Д.</i> Влияние тонзилотомии и аденотомии на иммунологические показатели в ротоглоточном секрете в ближайшем периоде после операции	95
<i>Мельников О.Ф., Заболотный Д.И., Вахнина А.П.</i> Влияние препарата пидотимод на показатели локального иммунитета у детей с воспалительными процессами в носоглотке	95
<i>Мельников О.Ф., Заболотный Д.И., Тынитовская О.И., Рыльская О.Г.</i> Особенности локального иммунитета ротоглотки при вакцинации ОМ-85 при различных клинических состояниях структур лимфоглоточного кольца	96
<i>Мельников О.Ф., Кривохатская Л.Д., Тимченко М.Д., Заяц Т.А., Прилуцкая А.Д., Каминская А.И.</i> Исследование действия лизоцимсодержащего антисептика на механизмы противовирусного иммунитета in vitro	96
<i>Мельников О.Ф., Романова Т.Б., Волосевич Л.І, Поляковська О.О., Тимченко М.Д., Тимченко С.В., Пелешенко Н.О., Смагіна Т.В., Нестерчук В.І., Мурзіна Е.О., Камінська А.І., Мусіч І.М.</i> Вплив застосування бронхо-ваксома як окремо так і після профілактичного курсу сембітера на імунологічні та мікробіологічні показники у хворих на хронічний гнійно-ексудативний гаймороектоїдит	97
<i>Мельников О.Ф., Шматко В.И., Биль Б.Н., Ямпольская Е.Е.</i> Клинико-иммунологические параллели между состоянием небных миндалин и патологией зубодесневой системы у детей и взрослых	98
<i>Мельников О.Ф., Рыльская О.Г., Пелешенко Н.А.</i> Иммуномодулирующее действие фитопрепаратов в эксперименте и клинике отоларингологии	98
<i>Мельничук В.В., Герасимюк М.І., Чайковська О.М., Добошук Л.Р.</i> Застосування спрею полідекса з фенілефрином в лікуванні гострого катарального риніту у дітей	99
<i>Мельничук В.В., Ніколов В.В., Башиїнський В.А., Гомза І.М., Гайдучик І.Я.</i> Застосування фурасолу в комплексному лікуванні фолікулярної ангіни у дітей	100
<i>Мінін Ю.В., Карась А.Ф., Дерябіна О.Г., Кучеренко Т.І., Карась Г.А., Тимченко С.В.</i> Клініко-морфологічне обґрунтування клітинної терапії при атрофічних змінах слизової оболонки верхніх дихальних шляхів	100
<i>Мінін Ю.В., Карась А.Ф., Карась Г.А., Тимченко С.В., Кучеренко Т.І.</i> Створення експериментальних моделей атрофічного риніту	102
<i>Мінін Ю.В., Кучеренко Т.І., Чорний О.В.</i> Комбіноване лікування хворих на хропіння та обструктивне апное	104
<i>Мінін Ю.В., Кучеренко Т.І.</i> Досвід діагностики та лікування комбінованих стенозів гортані і трахеї	106
<i>Минин Ю.В., Кучеренко Т.И.</i> К вопросу о лечении больных с деформациями наружного носа	107
<i>Москалик О.Є.</i> Рецидивуюча функціональна афонія у пацієнтки із системним остеоартрозом	109
<i>Мостовой Ю.М., Бугайчук О.В.</i> алергічний риніт і захворювання внутрішніх органів: поширеність, модифікація перебігу	183
<i>Науменко О.М., Васильєв В.М., Дєєва Ю.В.</i> Тонзиллярні флегмони шиї, особливості лікувальної тактики	110
<i>Науменко О.М., Терещенко Ж.А., Островська О.О.</i> Клінічний патоморфоз аденоїдних вегетацій	111
<i>Невірковець А.М., Герасимюк М.І., Хоружий І.В., Волошин Г.Г., Яшан Л.В., Войнаровський І.В.</i> Спрей полідекса з фенілефрином в лікуванні гострого катарального риніту у дорослих	111
<i>Ніколов В.В., Протасевич Г.С., Мальована І.В.</i> Застосування препарату «Чистонос» в місцевому лікуванні хронічного атрофічного риніту у дорослих	112
<i>Ніколов В.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Шевага Б.І., Янюк А.В.</i> Препарат «Чистонос» в місцевому лікуванні хронічного субатрофічного риніту у дорослих	113
<i>Ніколов В.В., Стахів О.В., Чайковська О.М., Пляшко К.О., Шевага Б.І.</i> Застосування фурасолу для місцевого лікування катаральної ангіни у дорослих	113
<i>Никулин М.И., Никулин И.М., Васильчишина Е.Ю.</i> Наш подход к диагностике и лечению носовых кровотечений	114
<i>Ніколов В.В., Дужик У.Р., Школьна О.М., Твердохліб М.А., Шевага Б.І., Шевага І.В.</i> Назальний спрей ксимелін екстра в лікуванні гострого катарального риніту у дорослих	115

<i>Пионтковская М.Б., Друмова А.Н.</i> Хронические постимплантационные гаймориты: вопросы профилактики дискинезии мукоцилиарной системы	116
<i>Пионтковская М.Б., Суворкина А.А., Юрченя Ю.В.</i> Фарингоневротический синдром в оториноларингологии	116
<i>Питак Т.А., Ніколов В.В., Хабаров А.В., Проць Т.В., Шевага І.В., Чортківський Р.Т.</i> Спрей полідекса з фенілефрином у комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей	117
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Сучеван В.В.</i> Парафарингеальна флегмона (клініка, діагностика, ускладнення, лікування)	118
<i>Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Мазур О.О., Незборецький І.В., Кульчицька Т.Л., Мельник Є.С.</i> Основні критерії діагностики та принципи лікування хворих з паретичною дисфонією	119
<i>Плаксивий О.Г., Левицька С.А., Калуцький І.В., Мазур О.О., Яковець К.І., Казанський Ю.Л.</i> Циркадіанний ритм секреторного імуноглобуліну А – один з основних критеріїв в розробці хронотерапії хворих на гострий та хронічний гнійний синусит	120
<i>Попович В.І., Герич О.М., Мельников О.Ф., Василенко Т.Ю.</i> Зміни клінічного перебігу та імунологічних показників після лікування пацієнтів з хронічним поліпозним риносинуситом на фоні грибкової сенсibilізації	121
<i>Попович В.І., Кошель І.В., Мигович Л.Д.</i> Застосування комбінованих препаратів в терапії риносинуситу, асоційованого з непереносимістю аспірину	122
<i>Попович В.І., Кошель І.В., Александрук Н.В.</i> Перебіг назофарингіту ЕБВ етіології та лікувальна тактика залежно від ступеня дисбіозу носоглотки	123
<i>Почуєва Т.В., Ямпольська К.Е.</i> Роль способу мікробіологічного дослідження в діагностиці супутньої патології глотки і зубо-ясеневі системи	124
<i>Протасевич Г.С., Мальована І.В., Дужик У.Р., Шевага Б.І.</i> Прополіс в лікуванні хронічного тонзиліту	125
<i>Протасевич Г.С., Мальована І.В., Корицький В.Г., Андрейчин Ю.М., Шевага І.В.</i> Тактика лікування вазомоторного риніту за наявності деформації перегородки носа	126
<i>Протасевич Г.С.</i> Гіпертрофія горлового мигдалика у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю	127
<i>Протасевич Г.С.</i> Гіпертрофія піднебінних мигдаликів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю	128
<i>Протасевич Г.С.</i> «Зовнішній аденоїдизм» у школярів на аденоїдні вегетації, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю	129
<i>Протасевич Г.С.</i> Нічний енурез у школярів на гіпертрофію горлового мигдалика, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю	129
<i>Протасевич Г.С.</i> Незвичайне ускладнення новокаїнової анестезії при тонзилектомії	130
<i>Пухлик С.М., Бучацький М.С.</i> Оценки проходимости соустья верхнечелюстной пазухи при помощи УЗ-сканирования	131
<i>Пухлік С.М., Дедикова І.В.</i> Хірургічне лікування стійкої обструкції порожнини носа у пацієнтів з алергічним ринітом	131
<i>Пухлик С.М., Тагунова И.К., Богданов К.Г., Андреев А.В.</i> Ультразвуковое сканирование при криотонзиллотомии	132
<i>Пухлик С.М.</i> Местная антисептическая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний глотки и гортани, опыт применения препарата Хепилор	133
<i>Пухлик С.М., Юревич Н.О., Лупир А.В., Калашиник Ю.М.</i> Імунологічна характеристика хворих на цілорічний алергічний риніт з сенсibilізацією до кліщів та плісневих грибів домашнього пилу	133
<i>Самиева Г.У.</i> роль лизоцима слюны в неспецифической защите детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом на фоне ОРВИ	186
<i>Смеянов Е.В., Смеянов В.А.</i> Особенности ведения больных после интубационного наркоза	134
<i>Сміянов Є.В., Сміянов В.А.</i> Можливості удосконалення консервативного лікування аденоїдиту у дорослих	135
<i>Соломко Д.С., Макаренко О.В.</i> Фармакоекономічні аспекти лікування гострого синуситу	136

<i>Твердохліб М.А., Пляшко К.О., Волошин Г.Г., Корицький В.Г., Ніколов В.В.</i> Місцеве лікування лакунарної ангіни у дітей з застосуванням аерозоліу біопарокс	137
<i>Твердохліб М.А., Рудяк Г.П., Добошук Л.Р., Шевага І.В., Герасимюк М.І.</i> Краплі назальні маример в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей	138
<i>Терещенко Ж.А., Островська О.О.</i> Особливості перебігу гострого синуситу у хворих з негоспітальною пневмонією	138
<i>Тимен Г.Э.</i> Аква Марис Стронг или что либо другое при риносинуситах?	139
<i>Тимен Г.Э.</i> Острый фарингит у детей	140
<i>Тишко Ф.О.</i> Хірургія паралітичного стенозу гортані: два варіанти	141
<i>Тишко Ф.О., Гичка С.Г., Стась В.Г., Вільчинський О.І., Паскевич Ю.В.</i> Вибір методу лікування хворих на хронічний тонзиліт	142
<i>Тишко Ф.О., Дідковський В.Л., Терещенко Ж.А., Островська О.О., Стась В.Г., Уманець М.П., Шмарова С.В., Щукіна Н.Л., Стась П.В.</i> Особливості лікування гнійно-запальних захворювань глотки та гортані у хворих на цукровий діабет 2 типу	143
<i>Тишко Ф.О., Кузьмук І.О., Головка В.В., Щукіна Н.Л., Паскевич Ю.В.</i> Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів в умовах воєнних конфліктів: особливості надання невідкладної допомоги та проведення реабілітації постраждалих	144
<i>Троян В.И., Лобова О.І., Синайко И.А.</i> Оптимизация комплексного лечения больных острым паратонзиллитом	146
<i>Харченко Е.И., Гарюк О.Г.</i> Гипотермия в комплексном лечении хронических вазомоторных ринитов	147
<i>Хоружий І.В., Волошин Г.Г., Башинський В.А., Шевага Б.І., Біль І.О.</i> Застосування аерозоліу біопарокс в місцевому лікуванні катаральної ангіни у дітей	148
<i>Хоружий І.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Школьна О.М.</i> Аденомотомія у дорослих в процесі підготовки до тимпанопластики	148
<i>Хоружий І.В., Яшан О.І., Протасевич Г.С., Корицький В.Г., Шевага І.В.</i> Запобіжні заходи для недопущення ушкодження орбітальної стінки при пункції верхньощелепної пазухи	149
<i>Цимар А.В., Звір М.Ю.</i> Деякі аспекти діагностики та лікування хронічного тонзилофарингіту	150
<i>Цимар А.В., Тинітовська О.І.</i> Клінічна оцінка застосування імунотропної терапії у хворих на хронічний тонзиліт	153
<i>Цимар А.В., Чорний О.В.</i> Порівняльна характеристика консервативного та хірургічного лікування хворих з хронічним тонзилітом в залежності від стадії захворювання	155
<i>Чайка С.П., Карась Г.А., Белякова И.А.</i> Исследование клеточного состава и активности ферментов ЛДГ и СДГ в мазках со слизистой оболочки полости носа больных с разными формами хронического ринита	156
<i>Чернышева И.Э.</i> Значение этиологического фактора в диагностике и лечении хронического тонзиллита	157
<i>Шаменко В.А., Лихолат Е.В., Жакова В.Н., Праманик Х.З., Олейник В.В.</i> Особенности ЛОР-органов у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела	158
<i>Шевага І.В., Гомза І.М., Башинський В.А., Ніколов В.В., Мацькевич О.В.</i> Фурасол в місцевому лікуванні гострого фарингіту у дітей	159
<i>Шевага І.В., Чортківський Т.В., Протасевич Г.С., Корицький В.Г., Мальована І.В.</i> Застосування мазі піносол для лікування «післяопераційного» риніту при підслизовій резекції перегородки носа	159
<i>Шевага І.В., Яшан О.І., Протасевич Г.С., Хоружий І.В.</i> Анестезія при аденомотомії у дорослих	160
<i>Школьна О.М., Ковалик А.П., Мацькевич О.В., Говда О.В., Волошин Г.Г.</i> Застосування фурасолу для місцевого лікування гострого фарингіту у дорослих	161
<i>Школьна О.М., Пляшко К.О., Ніколов В.В., Твердохліб М.А., Шевага Б.І.</i> Аерозоль біопарокс в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дітей	162
<i>Школьна О.М., Пляшко К.О., Яшан О.І., Яшан А.О.</i> Застосування синупрету в краплях в комплексному лікуванні гостро гнійного верхньощелепного синуситу у дітей	162
<i>Школьна О.М., Яшан О.І., Мальована І.В., Ковалик А.П., Шевага І.В., Войнаровський І.В.</i> Застосування прополісу в післяопераційний період у хворих на хронічний тонзиліт	163

Шкорботун В.О., Кунах Т.Г. Диференційований підхід до вибору доступу в хірургії лобної пазухи	165
Шкорботун В.О., Кунах Т.Г., Возняк О.М., Шкорботун Я.В. П'ятирічний досвід застосування навігаційних систем в ендоскопічній хірургії порожнини носа, приносних пазух та прилеглих ділянок	164
Шкорботун В.О., Лакіза С.О. Закрита методика дренування пієлоопераційної рани при глибоких тонзилігенних флегмонах шиї	166
Шкорботун В.О., Шкорботун Я.В., Дахно Л.О., Лях К.В. Вплив стану навколоносових синусів на результати синусліфтингу за даними комп'ютерної конусно-променевої томографії	167
Шкорботун В.О., Шкорботун Я.В., Кунах Т.Г., Лях К.В. Лікувальна тактика у дітей з риносинуситами на фоні аденоїдних вегетацій	168
Шидловська Т.В., Шидловська Т.А., Куреньова К.Ю. Співвідношення даних відеоларингостробоскопії та імпедансної аудіометрії у хворих з ускладненим перебігом функціональної гіпотонусної дисфонії	169
Яшан А.О., Герасимюк М.І., Ніколов В.В., Шевага Б.І., Твердохліб М.А. Фурасол в лікуванні катаральної ангіни у дітей	170
Яшан О.І., Герасимюк М.І., Ніколов В.В., Яшан А.О., Шевага Б.І., Твердохліб М.А. Застосування крапель назальних маример для лікування гострого катарального риніту у дітей	170
Яшан О.І., Ковалик А.П., Школьна О.М., Твердохліб М.А. Застосування аерозолі біопарокс в місцевому лікуванні лакунарної ангіни у дорослих	171
Яшан О.І., Мацькевич О.В., Ніколов В.В., Проць Т.В., Меуш О.П., Чортківський Т.В. Фурасол в місцевому лікуванні лакунарної ангіни у дорослих	172
Яшан О.І., Ніколов В.В., Мальована І.В., Стахів О.В., Пляшко К.О., Шевага І.В. Спрей назальний маример в комплексному лікуванні гострого катарального риніту у дорослих	173
Яшан О.І., Пляшко К.О., Протасевич Г.С., Школьна О.М., Чортківський Р.Т. Комплексне лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу з застосуванням синупрету в краплях у дорослих	173
Яшан О.І., Протасевич Г.С., Андрейчин Ю.М., Мацькевич О.В., Корицький В.Г., Шевага І.В. Застосування крему піносол після деяких ендоназальних хірургічних втручань	174
Яшан О.І., Протасевич Г.С., Корицький В.Г., Шевага І.В., Чортківський Т.В. Тонзилоаденотомія при гіпертрофії піднебінних і горлового мигдаликів у дітей	176
Яшан О.І., Протасевич Г.С., Гавура І.А., Цмокалюк Л.І. Застосування препарату біоназол в лікуванні хворих на «післяопераційний» риніт при деяких ендоназальних хірургічних втручаннях	176
Яшан О.І., Протасевич Г.С., Мальована І.В., Шевага І.В. Застосування мазі піносол в ринохірургії	177
Яшан О.І., Протасевич Г.С., Хоружий І.В., Шевага І.В. Діагностика гіперплазії задніх кінців нижніх носових раковин у хворих на хронічний мезотимпаніт	178
Нозокем – новое средство для остановки носовых кровотечений	185

ОТОЛОГИЯ, АУДИОЛОГИЯ, ВЕСТИБУЛОЛОГИЯ, КОХЛЕАРНА ІМПЛАНТАЦІЯ

Белякова І.А., Луценко В.І., Холоденко Т.Ю., Лоза Т.П., Градюк Н.М. Стан слухової функції у дітей – кандидатів на кохлеарну імплантацію за даними суб'єктивної та об'єктивної аудіометрії до та після кохлеарної імплантації	187
Березнюк В.В., Зайцев А.В., Лыщенко Д.В., Моргачева А.К. Повреждения органа слуха в условиях современных боевых действий в Украине	188
Блушштейн Г.М., Павлова О.О. Біофізичні основи акустичних рефлексів внутрішньовушних м'язів при ретрокохлеарних ураженнях слуху	189
Богданов К.Г., Тагунова И.К., Пошарникова О.П. Динамика некоторых показателей клеточного иммунитета мукоперистости барабанной полости в процессе консервативного лечения обострения хронического мезотимпанита	190

Борисенко О.М., Сушко Ю.О., Міщанчук Н.С., Сребняк І.А., Бобров А.Л. Стан лицевої, слухової та вестибулярної функцій при шваномі (невриномі) лицевого нерва	191
Вакуленко Л.М., Белякова І.А., Чайка С.П. Особливості психологічного стану дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою до та після кохлеарної імплантації	193
Гавура А.І., Протасевич Г.С., Ніколов В.В., Мальований В.В., Яшан О.І., Шевага І.В. Ще один середник безінструментального видалення сіркового корка зовнішнього слухового ходу	194
Герлянд К.В. Новая система кохлеарной имплантации SYNCHRONY от MED-EL и другие слуховые импланты	196
Глазунова С.С. Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами	197
Гомза Я.Ю. Превентивна реабілітація внутрішнього вуха за допомогою калоричної вестибулярної стимуляції	198
Гринько И.И. Исследование морфофункционального состояния слуховой трубы у больных хроническим туботимпанальным средним отитом	199
Гусаков А.Д., Гусакова А.А., Кокоркин Д.Н., Скоробогатый В.В. Вариант хирургии экссудативного среднего отита	200
Демина Е.В., Козакова Т.В., Дзыза А.В. Современные подходы к слухопротезированию	201
Демина Е.В., Пустовалова М.Н. Дирофиляриоз ЛОР-органов: наблюдения из практики	202
Дячук В.В., Дячук В.В. Сприятливі фактори розвитку гострого середнього отиту у дітей грудного віку	202
Дячук В.В., Дячук В.В. Випадки ятрогенії в практиці дитячого отоларинголога	203
Заболотний Д.І., Шидловський А.Ю. Особливості клінічних та аудіометричних ранніх проявів порушення функції звукосприйняття	204
Зайцев А.В., Березнюк В.В. Десятилетний опыт кохлеарной имплантации в Днепропетровске	206
Зайцев В.С., Монастырская Т.Н. Заболевания ЛОР-органов у больных сахарным диабетом: проблемы диагностики и лечения	207
Запорожец Т.Ю., Лоскутова И.В. Состояние мукозального иммунитета у больных экссудативным средним отитом	208
Зонтова О.В., Пудов В.И. Использование стволомозгового слухового импланта в реабилитации глухоты (из опыта ФГБУ СПб НИИ ЛОР)	209
Кислюк Т.А., Барциховський К.А., Криштоф В.М., Царенко А.А. Досвід роботи кабінету корекції слуху	210
Кіцера Ол.Ол. Суб'єктивний вушний шум – клінічні аспекти	211
Клочков Є.І., Сушко Ю.О., Борисенко О.М. Пухлини ділянки скроневої кістки з екстра- та інтракраніальним поширенням: морфологічні особливості	212
Кокоркин Д.Н., Гусаков А.Д., Гусакова А.А. О целесообразности диспансерного наблюдения за детьми с рецидивирующими секреторными отитами	214
Косаковський А.Л., Косаківська І.А., Бредун О.Ю., Молочек Ю.А. Досвід лікування гемангіоми вушної раковини	216
Косаковський А.Л., Молочек Ю.А., Бредун О.Ю., Косаківська І.А., Рубан І.І., Куркова О.В., Сайко О.Л., Левицький В.М. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення у дітей	216
Кравченко С.В., Запорощенко А.Ю., Савицкая И. М., Романова Т.Б. Применение костного биоимплантата Тутопласт® в эксперименте при имплантации его в костные буллы морских свинок	217
Кравченко С.В., Запорощенко А.Ю. Мастоидопластика аутокостью и костным биоимплантатом Тутопласт® у больных хроническим эптитимпаноантральным гнойным средним отитом	218
Крук М.Б., Крук М.М. Методика визначення об'єму ретротимпанального простору середнього вуха	220
Крук М.Б., Крук М.М. Наш досвід застосування механічного вібраційного масажу носоглотки і слухової труби при її дисфункції	220
Лившиц О.Д., Рудая Е.А., Кулакова Е.В., Сакович Е.Ф. Наш опыт лечения пациентов с ушным шумом	222

Лоза Т.П., Луценко В.І., Белякова І.А., Холоденко Т.Ю. Оцінка ефективності кохлеарного протезування за даними слухо-мовної комунікації у дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою за допомогою сурдопедагогічного тестування до та після кохлеарної імплантації	223
Луценко В.І., Белякова І.А., Градюк Н.М., Руденька К.Л., Сітухо М.І. Особливості оптокінетичного ністагма у дітей після кохлеарної імплантації	224
Луценко В.І., Белякова І.А., Лоза Т.П., Холоденко Т.Ю. Оцінка стану вестибулярної функції у дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою до та після кохлеарної імплантації	225
Луценко В.І., Белякова І.А., Градюк Н.М. Розбірливість мови у дітей з тяжкою сенсоневральною приглухуватістю та глухотою після кохлеарної імплантації за даними мовної аудіометрії на фоні завад	226
Луценко В.І., Белякова І.А., Нечипоренко П.В., Сітухо М.І. Редкие формы доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения	227
Молочек Ю.А., Тетруева Н.А., Тимошенко А.В., Куркова О.В. Комбіновані методи лікування судинних аномалій голови і шиї у дітей. Місце пропоналолу у лікуванні обширних гемангіом ЛОР-локалізації	228
Нечипоренко П.В., Сербин Г.С., Сітухо М.І., Джус В.Т. Наш опыт применения аутогенного хряща при тимпанопластике у больных хроническим гнойным средним отитом	230
Нечипоренко П.В., Сітухо М.І. Диагностика и лечение острого среднего отита в свете международных рекомендаций	231
Ніколов В.В., Омеляш В.І., Яшан А.О., Пляшко К.О., Проць Т.В. Застосування препарату неладекс в місцевому лікуванні гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей	232
Папп О.В., Борисенко О.М., Бобров А.Л., Прокопенко Є.Є., Джус В.Т., Клочков Є.І. Функціональний трансмастоїдальний інфралабіринтний доступ до яремного отвору при гломусних пухлинах класу C1-C2	232
Плаксивий О.Г., Незборецький І.В., Калущий І.В., Мазур О.О. Клініко-аудіологічні критерії діагностики та принципи терапії ексудативного отиту	233
Сребняк І.А., Сушко Ю.О., Борисенко О.М., Скорохода А.О. Діагностична інформативність променевих методів дослідження холестеатоми скроневої кістки	235
Сушко Ю.О., Борисенко О.М., Моргун М.М., Сребняк І.А. Динаміка відновлення функції слухової труби у хворих на рецидивуючий секреторний середній отит при різних видах хірургічного лікування	235
Сушко Ю.О., Шевченко Т.О., Сребняк І.А. Значення морфометричних чинників у розвитку рецидивуючих секреторних середніх отитів	237
Тимен Г.Э. Перспективы биологической регенерации внутреннего уха	237
Тімен Г.Е., Вінничук П.В., Кудь Л.А., Кобзарук Л.І., Руденька К.Л. Вивчення особливостей КТ-грам скроневої кістки, МРТ-грам голови та даних УЗД судин голови та шиї у дітей із сенсоневральними ураженнями слуху	238
Тимен Г.Э., Вінничук П.В., Руденька Е.Л., Мудрый А.С. Результаты хирургического лечения больных с микротией II степени и частичными посттравматическими дефектами ушных раковин	239
Тімен Г.Е., Писанко В.М., Кобзарук В.В., Сапіжак І.І., Кобзарук Л.І. Результати комплексного лікування дітей з сенсоневральною приглухуватістю із використанням інтратимпанального введення медикаментів	240
Тімен Г.Е., Цимбалюк В.І., Вінничук П.В., Сапіжак І.І., Чубко С.П., Стайно Л.П. Протекторна дія нейрональних стовбурових клітин на функціональний стан внутрішнього вуха при різних методах їх введення на фоні аміноглікозидного ототоксикоза	241
Тімен Г.Е., Цимбалюк В.І., Белоусова А.О., Руденька К.Л., Вінничук П.В., Чубко С.П. Можливості трофіну та глутаргіну в запобіганні ототоксичної дії гентаміцину	242
Тимен Г.Е., Шепеленко Н.В., Писанко В.Н., Вінничук П.В., Миронюк Б.Н., Власюк Л.К. Эффективность бинауральной имплантации у детей с двусторонней сенсоневральной глухотой	243
Титаренко О.В., Титаренко О.А., Лисовецкая В.С. Вестибулярные расстройства у лиц пожилого возраста	244
Філатова І.В., Шевченко Т.І., Філатова Г.А. Особливості клінічного перебігу гострого середнього отиту у хворих на інсуліннезалежний цукровий діабет	245

Хоружий І.В. Синдром ендогенної інтоксикації при гострому середньому отиті	246
Шидловська Т.А., Петрук Л.Г. Сенсоневральні слухові порушення у осіб, які знаходилися у зоні проведення антитерористичної операції	247
Шидловська Т.А., Гвоздецький В.А. Стан коркового відділу слухового аналізатора у робітників різних професійних груп вугільної промисловості	249
Шидловська Т.А., Петрук Л.Г. Стан слухової функції у хворих на акутравму у порівнянні з робітниками “шумових” професій	250
Шидловська Т.А., Шидловська Т.В., Козак М.С., Овсяник К.В., Сербін Г.С. Про характер гемодинамічних порушень у робітників вугільної промисловості з сенсоневральною приглухуватістю	251
Шидловська Т.В., Шидловська Т.А., Шевцова Т.В., Козак-Волошаненко Ю.М. Показники отоакустичної емісії у пацієнтів з початковою сенсоневральною приглухуватістю	253
Школьна О.М., Питак Т.А., Ніколов В.В., Хабаров А.В., Чайковська О.М., Герасимюк М.І., Вівчар І.Я. Препарат аксеф у лікуванні гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей	254
Школьна О.М., Яшан О.І., Гавура І.А., Ніколов В.В., Чайковська О.М., Чортківський Т.В., Шевага І.В. Деформація задніх відділів перегородки носа у хворих на хронічний середній гнійний отит	254
Karchier E., Niemczyk K. Application of endoscopy in canal wall-up tympanoplasty with posterior tympanotomy	256
Naumenko O., Niemczyk K., Terentieva K. Investigation the relations between tumor size and ABR variables	257
Niemczyk K., Bruzgielewicz A., Bartoszewicz R., Morawski K., Jamróz B. Extended middle fossa approach in treatment of acoustic tumors in stage T2 – preservation of neurological functions	258

ЛОР-ОНКОЛОГІЯ

Галай О.О. Інтраопераційна кріодеструкція новоутворів слизової порожнини рота і ротоглотки у хворих з III-IV стадією	260
Діхтярук В.Я., Лукач Е.В., Серезко Ю.О., Стрижак В.В., Кравченко Д.А. Спосіб реконструкції утвореного дефекту при видаленні раку гортанної частини глотки	261
Доброправова И.В., Пилипук Н.В. Социальная реабилитация больных, перенесших органосохраняющие операции гортани	262
Евчев Ф.Д., Евчева А.Ф., Евчев Д.Ф. Аспекты диагностики и хирургического лечения узловатых образований щитовидной железы	263
Евчев Ф.Д., Евчева А.Ф., Евчев Д.Ф. Элементы, подтверждающие рак гортани и лечебная тактика в условиях специализированного отделения	264
Заболотний Д.І., Лукач Е.В., Кравченко Д.А., Логанихина Е.Ю., Серезко Ю.О. Об’єм резекції щитовидного хряща при раку середнього відділу гортані	265
Кізім В.В., Лукач Є.В., Толчинський В.В., Серезко Ю.О. Первинно-множинні ракові інвазії	266
Клочков Е.И., Серезко Ю.А., Лукач Э.В. Использование трехмерной гистологии в микроскопически контролируемой хирургии гортани	267
Ковтуненко О.В., Тимчук С.М., Кулакова О.В., Бітєв В.Г., Логінов С.С., Пономарьова С.І. Променеві пошкодження у хворих на рак гортані при проведенні комбінованого або комплексного лікування	268
Ковтуненко О.В., Тимчук С.М., Шпортко Б.В. Інформативність сучасних методів діагностики у хворих на рак гортані з метастазами у регіонарні лімфатичні вузли	269
Ковтуненко А.В., Тымчук С.Н., Бакаев А.А. Современные подходы к оперативному лечению при злокачественных заболеваниях верхнечелюстной пазухи	270

Костишин І.Д., Бойко В.В., Романчук В.Р., Гірна Г.А. Показники діагностики та результати різних методів лікування хворих на рак ротової порожнини в Івано-Франківській області (2003-2012 рр.)	271
Костишин І.Д., Романчук В.Р., Туманова О.Р., Боднарчук Т.Б., Гірна Г.А. Шляхи прогнозування результатів лікування раку гортані при використанні крупнофракційного передопераційного опромінення	272
Лакиза С.О., Самойленко С.С., Пелешенко О.О., Щербініна Г.Ю. Черезшкірна дилатаційна трахеотомія. Переваги, недоліки та особливості техніки виконання.	273
Ламза Н.В., Хоботова Н.В. Особенности лечения гнойно-воспалительных осложнений у больных после ларингэктомии при раке гортани	274
Лукач Э.В., Кизим В.В., Никулин Р.В., Минаев Ал.Ан., Минаев Ал.Ал. Внутриаириальная регионарная химиотерапия в лечении злокачественных опухолей головы и шеи	275
Лукач Е.В., Цимбалюк Є.М. Ефективність різних способів пластики трахеостоми після ларингектомії	276
Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А., Юрин А.С., Пилипюк Д.Н., Добронравова И.В., Бандыш Т.В. Индукционная химиотерапия в функционально-щадящем лечении рака гортани	277
Пилипюк Н.В., Гобжелянова Т.А., Юрин А.С., Пилипюк Д.Н., Бандыш Т.В. Варианты профилактического воздействия на зоны регионарного метастазирования при раковых заболеваниях полости рта и ротоглотки	278
Пионтковская М.Б., Юрин А.С., Юрченя Ю.В. Скорость объемного кровотока злокачественных опухолей околоносовых пазух – диагностический критерий длительности безрецидивного периода у больных злокачественными опухолями придаточных пазух носа	278
Пионтковская М.Б., Юрин А.С., Юрченя Ю.В. К вопросу об лучевой терапии в онкоринотарингологии	279
Плаксивий О.Г., Воєвідка М.Д., Калущкий І.В., Незборецький І.В., Мазур О.О., Сучеван В.В. Організаційні аспекти покращення діагностики онкоотоларингологічної патології на ранніх стадіях	280
Попович В.І., Кудерська Н.М., Александрук Н.В. Первинна профілактика раку гортані у пацієнтів з облігатними передраковими процесами	281
Попович В.І., Лешак В.І., Дячун Н.Ю. Впровадження методики ранньої діагностики раку носоглотки	282
Процик В.С., Трембач О.М., Коробко Є.В., Петренко Л.І. Рак порожнини рота та ротоглотки. Індивідуалізовані підходи до обсягу шийної лімфодисекції	282
Сережко Ю.А., Красий Р.И., Стрежак В.В., Цымбалюк Е.Н., Дихтярук В.Я., Старченков В.Ю. Этапы усовершенствования резекций гортани в ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломйченко НАМН Украины»	284
Стрежак В.В., Лукач Э.В., Сережко Ю.О., Дихтярук В.Я. Сопутствующие осложнения после плановых и спонтанных орофарингозофагальных дефектов у ларингэктомированных больных	284
Стрежак В.В., Лукач Э.В. Пятилетняя выживаемость больных раком гортани III стадии, впервые выявленных в 2008 г. в Украине	285
Тимен Г.Э., Писанко В.Н., Климяк Г.И., Чубко С.П., Кобзарук Л.И. Злокачественные новообразования ЛОР-органов у детей	286
Тишко Ф.О., Павлова О.В. Стійка трахеостома як метод профілактики ускладнень і життєзабезпечення хворих на міастенічний синдром та неоперабельні пухлини гортаноглотки, гортані та органів ший	287
Троян В.І., Сінайко І.О., Лобова О.В. Профілактика виникнення місцевих запальних ускладнень у хворих на рак гортані під час комбінованого лікування	288
Цьолко Т.Р., Білінський Б.Т., Стернюк Ю.М., Галай О.О., Бондаренко С.Г., Дуда О.Р., Шмідт М.Р., Друзюк О.В., Лудчак В.Ю., Сліпецький Р.Р., Сендега І.М. Клінічний випадок синдрому Маделунга	289

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Журавлев А.С., Лупыр А.В., Юревич Н.А. Применение игровых технологий на курсах тематического усовершенствования и при подготовке врачей-интернов по специальности «Оториноларингология»	290
Журавлев А.С., Яценко М.И., Шушляпина Н.О., Бондаренко О.В. К вопросу о последипломной подготовке врачей-интернов по специальности «Общая практика-семейная медицина»	291
Журавлев А.С., Шушляпина Н.О., Олейник Ю.В. Клинические аспекты применения тренажеров в оториноларингологии	291
Журавлев А.С., Яценко М.И., Шушляпина Н.О., Бондаренко О.В. Організація та проведення науково-дослідної роботи студентів на кафедрі оториноларингології	293
Заболотний Д.І., Шербул В.І., Шербул О.В. Наш досвід проведення майстер-класів з ФЕРСХ	293
Косаковский А.Л. Стан оториноларингологічної допомоги дітям України за 2014 рік	294
Ляшенко І.В., Каширін В.О. Захист прав пацієнтів: міфи та реальність	295
Оріщак Д.Т., Попович П.І., Василюк Н.В. Курація хворих і написання історії хвороби в умовах кредитно-модульної системи навчання на кафедрі оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї ДВНЗ «Івано-Франківський Національний медичний університет»	297
Плаксивий О.Г., Левицька С.А., Калуцький І.В., Сапунков О.Д., Мазур О.О., Яковець К.І. Принципи викладання отоларингології лікарям-інтернам та лікарям-курсантам на циклах спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»	298
Плаксивий О.Г., Левицька С.А., Калуцький І.В., Сапунков О.Д., Мазур О.О., Яковець К.І. Досвід та перспективи викладання отоларингології за кредитно-модульною системою на курсі отоларингології БДМУ	299
Попович В.І., Оріщак Д.Т., Василюк Н.В., Семчук О.Б. Особливості викладання оториноларингології на факультеті підготовки іноземних громадян	300
Протасевич Г.С., Яшан О.І., Мальована І.В. Аналіз наукової і навчально-методичної діяльності викладачів кафедри оториноларингології	301
Пухлик С.М., Титаренко О.В. Англоязычное преподавание оториноларингологии в ОНМЕДУ	303
Селезнев К.Г., Долженко С.А., Сердюк С.Н., Малеев О.В., Андреев П.В., Климов З.Т. Дистанционное обучение в современном высшем медицинском образовании	304
Селезнев К.Г., Климов З.Т., Долженко С.А., Сердюк С.Н., Андреев П.В., Окунь О.С. Обучение врачей-интернов эндоскопической хирургии носа и околоносовых пазух на кафедре оториноларингологии ДонГМУ	305
Шкорботун В.О., Абизов Р.А., Пелешенко О.О., Самойленко С.С., Кривша В.В., Лакиза С.О. Навчання лікарів-отоларингологів на циклі стажування за спеціальністю «Отоларингологія» в закладах медичної післядипломної освіти	306
Шкорботун В.О., Кривша В.В., Пелешенко О.О., Самойленко С.С., Горішний І.І. Цикл тематичного удосконалення для керівників базових медичних установ та підрозділів в системі післядипломної освіти “актуальні питання підготовки лікарів-інтернів на заочному циклі навчання”	307