МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ОТОЛАРИНГОЛОГІВ
ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С.КОЛОМІЙЧЕНКА АМН УКРАЇНИ

Журнал вушних, носових і горлових хвороб

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 3-с

травень
2011

Київ – «Просвіта»

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів «Діагностика та лікування хронічних захворювань ЛОР-органів», (16-17 травня 2011 р.).

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

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

Підписано до друку 21.04.2011 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 700 прим. Замовлення 9-0305.

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

Виробничо-торговельна фірма «Просвіта», Київ-32, б-р Т. Шевченка, 46

Матеріали

Щорічної традиційної весняної конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів

«Діагностика та лікування хронічних захворювань ЛОР-органів»

И.И. АБАБИЙ, С.А. ДЬЯКОВА, В.Е. ГАВРИЛУЦА, С.Б. ПАРИЙ, А.В. ГРЕКОВА (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Введение. Анатомо-физиологические особенности ЛОР-органов и всего организма ребенка первых лет жизни, способствуют более частому поражению среднего уха, постепенному развитию заболевания и превалированию общих симптомов над местными, предопределяя латентное течение среднего отита. Искусственное вскармливание является одним из важных предрасполагающих факторов к развитию среднего отита у детей первого года жизни.

Целью данной работы было изучение влияния типа вскармливания ребенка первого года жизни на частоту возникновения и особенности формирования и течения среднего отита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Детской ЛОР – Клинике находились дети первого года жизни с различными формами среднего отита (278 детей). Контрольную группу составили практически здоровые дети первого года жизни (200 детей). Все пациенты обследовались согласно разработанной нами «Карте отологического обследования ребенка», включающей подробные анамнестические данные о начальных проявлениях и динамике заболевания, информацию о рождении, вскармливании ребенка, физическом, психо-эмоциональном развитии, наличии сопутствующей патологии и т.д. Объективная часть «Карты» содержит результаты пневматической отоскопии, отомикроскопии, импедансометрии, аудиометрии (тональной, поведенческой, рефлекторной, регистрации отоакустической эмиссии, регистрации слуховых вызванных потенциалов), а также их динамику на протяжении обследования. Данные тимпанометрии оценивали по расширенной методике.

Результаты. По клиническому течению выделены 4 формы ОСО: 1. манифестная, 2. латентная, 3. пролонгированная, 4. рецидивирующая. По методу вскармливания все дети были отнесены к 4 типам: 1. естественное при полувертикальном положении ребенка, 2. естественное при горизонтальном положении, 3. искусственное при полувертикальном положении, 4. искусственное при горизонтальном положении ребенка во время кормления.

В результате анализа было выявлена достоверная разница в частоте возникновения и особенностях течения отита у детей в зависимости от типа вскармливания. Большинство детей со средним отитом получали вскармливание по второму или четвертому типу (24% и 62% соответственно) ($P<0,05$). Горизонтальное положение во время кормления чаще сочеталось с латентной, пролонгированной и рецидивирующей формой среднего отита. ($P<0,05$). В контрольной группе большинство детей вскармливалось в полувертикальном положении – 57% по первому типу и 28% – по третьему. ($P<0,05$). При обследовании детей из контрольной группы, получающих вскармливание по второму и четвертому типу были обнаружены изменения в характеристиках тимпанограммы. Так, в 45% случаев пик тимпанограммы у здоровых детей находился в пределах от +50 до -100 мм H_2O, но остальные показатели (абсолютный и относительный градиент) были снижены. В 8% случаев при обследовании практически здоровых

детей, получавших вскармливание по второму и четвертому типу тимпанограмма классифицировалась как тип В. При наблюдении в динамике обнаружена изменчивость кривой при смене типа кормления в сочетании с процедурами, направленными на санацию носоглотки.

Выводы:

1. Выявлен возможный путь попадания содержимого носоглотки в среднее ухо при горизонтальном положении во время кормления у детей первого года жизни.
2. Горизонтальное положение ребенка во время кормления обуславливает латентное течение воспалительного процесса в среднем ухе.
3. Обоснована рекомендация педиатров по сохранению физиологического (полувертикального) положения ребенка во время кормления.

© И.И. Абабий, С.А. Дьякова, В.Е. Гаврилуца, С.Б. Парий, А.В. Грекова, 2011

И.И. АБАБИЙ, С.А. ДЬЯКОВА, Л.А. ДАНИЛОВ, А.Я. КЯБУРУ, Д.И. КИРТОКА, Р. ЖЕНЕД (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Введение. Сравнительная оценка объективных и функциональных характеристик и их сопоставление с состоянием тканей среднего уха на всех этапах развития среднего отита (СО) необходимы для уточнения патогенетических механизмов воспалительного процесса и для определения целесообразности многих лечебных мероприятий, проводимых при этой патологии.

Целью данной работы было изучение клинико-функциональных и морфо-патологических корреляций у детей с различными формами среднего отита в зависимости от ранее проведенного лечения.

Материалы и методы Под нашим наблюдением в Детской ЛОР-клинике находились дети с экссудативным средним отитом (ЭСО) – 235 пациентов, и с рецидивирующим средним отитом (РСО) – 96 пациентов. В зависимости от предварительно проведенного лечения все пациенты были разделены на 4 группы: группа А включала детей, не получивших предварительно никакого лечения, с длительностью заболевания более 1 года; группа В – детей, которым назначалась антибиотерапия, группа С состояла из детей, которым проведена аденотомия более 6 месяцев назад, пациенты из группы D получали курсы физиопроцедур. Отологическое обследование включало: отомикроскопию, импедансометрию, аудиометрию, а также их динамику. Комплексное хирургическое вмешательство в клинике включало миринготомию с фиксацией тимпаностомы, а также, хирургическую санацию носоглотки и глотки. Регистрировались данные оперативного вмешательства, результаты гистологического и цитологического исследования оперативных находок.

Результаты. Анализ обобщенных данных хирургического вмешательства, цитологического и гистологического исследования позволил выделить 4 формы патоморфологических изменений: 1. экссудативная, 2. экссудативно-грануляционная, 3. грануляционно-адгезивная, 4. адгезивная, каждая из которых клинически может проявляться в виде ЭСО или РСО. В 3 случаях при адгезивной форме были обнаружены клетки, идентичные холестеатоме. Ретроспективно оценивая клинико-функциональные данные у детей из этих групп, выявлены некоторые закономерности эволюции единого патологического процесса и критерии ориентировочной диагностики различных стадий. Сравнительная оценка морфологических изменений в барабанной полости у детей, получивших предварительное лечение, продемонстрировала формирование хронического адгезивного процесса, несмотря на проводимое физиолечение и аденотомию.

Выводы:

1. Клинические формы – ЭСО и РСО являются этапами эволюции единого воспалительного процесса в системе среднего уха, исходом которого могут быть как адгезивный СО, так и хронический гнойный СО.
2. Патоморфологические изменения в среднем ухе в большой степени зависят от возраста ребенка, длительности и динамики процесса, адекватности проводимых лечебных мероприятий.
3. Функциональные изменения, свидетельствующие о наличии отита на протяжении более 6 месяцев являются косвенным признаком начала формирования патоморфологического субстрата хронического отита.

4. Основа комплексного лечения хронического среднего отита должна включать хирургическое вмешательство с дренированием на достаточно длительный срок (миринготомия с тимпаностомией), с целью полной эвакуации патологических изменений.
5. Проведение физиолечения и аденотомии без хирургического контроля барабанной полости при хронических формах СО не останавливает развитие воспалительного процесса и не может считаться адекватным лечением.

© И.И. Абабий, С.А. Дьякова, Л.А. Данилов, А.Я. Кябуру, Д.И. Киртока, Р. Женед, 2011

И.И. АБАБИЙ, М.К. МАНЮК, П.И. АБАБИЙ, Л.А. ДАНИЛОВ, С.А. ДЬЯКОВА, В. И. ГАВРИЛУЦА (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

НАШ ОПЫТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Методом выбора в хирургии околоносовых пазух являются функциональные эндоскопические операции, которые в настоящее время широко применяются во всем мире и, по праву, считаются «золотым» стандартом оперативного лечения параназальных синуситов. Указанные подходы достаточно полно изучены при лечении взрослого контингента больных. В то же время, в детской практике эндоскопический метод применялся в меньшей степени.

Целью данной работы явилась оптимизация эндоскопического хирургического лечения рецидивирующих и хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух у детей, путем разработки и применения малоинвазивных подходов.

Исследование было проведено на базе педиатрической клиники кафедры оториноларингологии Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану Республики Молдова.

Под нашим наблюдением находились 420 детей (275 мальчиков и 145 девочек) в возрасте от 7 до 14 лет с рецидивирующими и хроническими параназальными синуситами.

Всем детям проводились общеклиническое и оториноларингологическое исследования, эндоскопия носа, компьютерная томография околоносовых пазух, изучались геометрия полости носа методом акустической ринометрии, дыхательная функция носа, обоняние, двигательная активность мерцательного эпителия

В зависимости от метода лечения все пациенты были разделены на 3 группы. Пациентам I группы (84 ребенка) был применен стандартный метод эндоскопической хирургии. Пациентам II группы (131 ребенок) был применен минимально инвазивный метод эндоскопической хирургии. Пациентам III группы (205 детей) был применен минимально инвазивный метод эндоскопической хирургии в собственной модификации, который предусматривает частичную вертикальную резекцию крючковидного отростка и лимитированное удаление анатомических структур остиомеатального комплекса.

Результаты лечения: длительность госпитализации пациентов I группы составила $6,15 \pm 0,24$ дней, пациентов II группы – $5,29 \pm 0,22$ дней, пациентов III группы – $4,26 \pm 0,25$ дней, со статистически достоверной разницей между III и II группами ($t = 6,12$; $P < 0,001$) и между III и I группами ($t = 15$; $P < 0,001$). У детей I группы выздоровевшими были 73,7%, у детей II группы – 78,2%, и у пациентов III группы – 85,7% из наблюдавшихся в этой группе детей.

Выводы: минимально инвазивный метод эндоскопической хирургии в собственной модификации, примененный у пациентов III группы, позволил добиться более быстрого излечения воспалительного процесса у большего количества пациентов с рецидивирующими и хроническими синуситами.

© И.И. Абабий, М.К. Манюк, П.И. Абабий, Л.А. Данилов, С.А. Дьякова, В. И. Гаврилуца, 2011

И. АБАБИЙ, В. ОСМАН, В. КАБАК, Б. КИРТОКА
(КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

МОРФОЛОГИЯ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИИ И ЛАЗЕР-CO2 (МОДЕЛЬ НА СОБАКАХ)

Ятрогенная травма одна из наиболее частых причин рубцовых изменений голосовых связок. Эти изменения вызывают порой очень выраженные дисфонии, которые тяжело поддаются современным методам лечения. Поэтому очень важно точно понимать патоморфологические именения при рубцевании слизистой и lamina propria голосовых связок.

В последнее время все чаще обсуждается преимущество методов хирургии гортани с использованием LASER CO2 перед традиционной микрохирургией с использованием так называемых «холодных» инструментов. Чаще всего выбор метода обусловлен предпочтениями и возможностями хирурга, выполняющего вмешательство. В принципе, точная тангенциальная диссекция поверхностной мембраны голосовых связок лучше осуществляется с использованием «холодных» инструментов, при этом максимально сохраняется послойная микроструктура (эпителий и lamina propria) голосовых связок.

Материалы и методы: Для изучения воздействия LASER-CO2 и «холодных» микрохирургических инсрументов на поверхностные слои голосовых связок использовали 10 собак. 5 из них подверглись хирургическому вмешательству: разрез поверхностных слоев верхней поверхности голосовых связок с использованием LASER CO2 (установка LANCET-2). Другие 5 собак подверглись такому же вмешательству, но разрез осуществили с использованием традиционных «холодных» микрохирургических инструментов.Забор ткани для гистологического исследования осуществляли на 14 день после операции и через 2 месяца. Окраска осуществлялась гематоксилин-эозином, толуидином, трихромом Masson (Dako, code AR173), трихромом Gomori (Dako, code AR167), техникой для эластических волокон (Dako, code AR163).

Результаты: Гистологическое исследование кусочков ткани на 2 неделе после хирургического вмешательства с использованием «холодных» инструментов (микрохирургические гортанные ножницы) показало, что целостность поверхностного эпителия была восстановлена. Lamina propria также восстановилась с сохранением небольшого количества разбросанных эластических и коллагеновых волокон. В межклеточном пространстве не было обнаружено отложений фибрина. Мастоциты, с большим количеством метахроматических гранул, располагались преимущественно в субэпителиальных слоях. В противопложность этому, в lamina propria слизистой животных, оперированных с использованием LASER CO2 сохранялась лимфо-макрофагеальная инфильтрация и сосудистая конгестия, особенно в поверхностных слоях. Была отмечена гиперплазия поверхностного эпителия с элементами паракератоза. В межклеточном пространстве было обнаружено небольшое количество эластических волокон, среднее количество коллагена и много фибрина. Большое количество дегранулированных мастоцитов находинось вокруг расширенных сосудов. Через два месяца гистологичесгие изменения также были более благоприятны в группе оперированых с использованием «холодных» инструментов, где отмечалось большее количество организованных коллагеновых волокон и присутствие эластических волокон.

Вывод: результаты экперимента продемонстрировали, что изменения тканей намного более выражены при хирургии с использованием LASER CO2 по сравнению с изменениями после микрохирургических вмешательств с использованием «холодных» инструментов (микроножниц). Поэтому в фоноxирургии, особенно у профессиональных вокалистов, предлагается преимущественное использование методов традиционной микрохирургии («холодными» инструментами).

© И. Абабий, В. Осман, В. Кабак, Б. Киртока, 2011

Р.А. АБИЗОВ, С.О. ЛАКИЗА, О.Ю. РОМАСЬ, С.С. САМОЙЛЕНКО, Н.Я. НАВАЛЬКІВСЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ІРИГАЦІЙНА ТЕРАПІЯ АТРОФІЧНОГО ФАРИНГІТУ В ОСІБ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ

Голосоутворення – це високодиференційований акт, який потребує узгодженості багатьох механізмів та процесів у організмі, як локальних, так і системних. У осіб, щоденна діяльність яких пов'язана із перевантаженням голосового апарату (викладачі, лектори, співаки, керівники), часто виникає дискомфорт, який супроводжується відчуттям сухості в горлі та виникненням на цьому підґрунті різного роду парестезій.

Незважаючи на те, що зволожуюча здатність слизової оболонки людини має великі резервні можливості, які забезпечують необхідне кондиціювання повітря при різких зрушеннях вологості та температури довкілля, вказаний механізм може дати збій. Пересихання слизової оболонки глотки та гортані призводить до порушення неспецифічних захисних механізмів зволоження та мукоциліарного очищення з виникненням у майбутньому орган ічних змін, зокрема, атрофії. У зв'язку з цим, для нормального функціонування мукоциліарної транспортної системи потрібне зовнішнє зволоження.

Низька ефективність лікування атрофічних процесів глотки зумовила пошук нових шляхів вирішення даної проблеми. Останнім часом для проведення симптоматичної терапії хронічного атрофічного фарингіту використовують розчини для іригаційної терапії, які становлять особливу групу препаратів, що сприяють мукоциліарному очищенню, як через секретолітичну дію, так і механічним шляхом.

Під нашим спостереженням знаходились працівники голосомовних професій (викладачі, лектори, співаки, керівники). Більшість (46 осіб) складали хворі на дисфонію з явищами хронічного атрофічного фарингіту і ларингіту. Основними скаргами були відчуття дряпання, сухості в горлі, нав'язливий сухий кашель, утруднене «порожнє» ковтання, швидка втомлюваність голосу, охриплість, відчуття «піску» в голосі, утруднення при тихому співі (piano), зниження звучання нот верхнього регістру, відчуття спраги. У частини хворих зміни носили функціональний характер по типу гіпо та гіпертонусних дистоній. У інших пацієнтів, з тривалим перебігом хвороби при відсутності лікування, сформувалися стійкі органічні порушення голосової функції з атрофією, міопатичними парезами, «співочими» вузликами, компенсаторною гіпертрофією вестибулярних складок. Голос у таких хворих слабкий, глухий, тьмяний, подеколи, з додатковими призвуками. Атака голосних проходить з придиханням. При непрямій ларингоскопії: голосові складки позбавлені блиску, їх тонус знижений. Під час фонації відмічалось їх неповне змикання. Спостерігалась також сухість, гіперемія або блідість слизової оболонки, місцями скупчення густого секрету у просвіті глотки та гортані. Часто голосова щілина мала форму витягнутого овалу. Якщо гіпотонус існував тривалий час, спостерігалась атрофія голосових складок і утворення вподовж медіального краю борозни («sulcus glotidis»), що створювало враження подвійних голосових складок.

До комплексу досліджень входили: непряма ларингоскопія, відеоларинго-стробоскопія, загальний аналіз крові (двічі: до і після лікування) та консультації фахівців за показаннями.

Хворі були розділені на дві групи (по 23 пацієнти у кожній), одна із яких отримувала загальноприйняте лікування, інша група доповнювала лікування щоденним зрошенням порожнини глотки спреєм для горла «АКВА МАРІС®» (Ядран, Хорватія). Це – стерилізований гіпертонічний розчин води Адріатичного моря, використання якого сприяє нормалізації фізіологічного стану слизової оболонки глотки шляхом механічного очищення, розрідження слизу, підвищує місцевий імунітет. Спрей усуває подразнення та має місцеву протизапальну дію. Відновленню фізіологічного стану слизової оболонки сприяють магній, калій, кальцій та мікроелементи, які стимулюють локальний синтез інтерферону, лізоциму імуноглобулінів, чим підвищують резистентність слизової глотки до хвороботворних бактерій та вірусів. Хлорид натрію, гідрокарбонати та сульфати володіють антисептичними властивостями. Дисперсність спрею та зручний аплікатор забезпечують рівномірний розподіл речовини в порожнині глотки та гортані, сприяють досягненню швидкого терапевтичного ефекту. Препарат позитивно впливає на відновлення голосових характеристик та усунення дисфонії (Абизов Р.А. та ін. 2010). Під час оцінювання результатів користувались клінічними критеріями якості лікування.

Лікувальний комплекс включав: голосовий режим, спеціальні ортофонічні вправи, дихальну гімнастику, фізіотерапевтичні про-

цедури, акупунктуру і транскутанну електростимуляцію, медикаментозну терапію, психотерапію. Важливою умовою успіху лікування є узгодженість дій в спільній роботі ЛОР-спеціаліста і фонопеда. Максимальна тривалість курсу лікування – 2 тижні. Медикаментозна терапія складалась із місцевої (зволоження слизової оболонки та стимуляція місцевого і загального кровообігу: зрошення лужними розчинами, настоями лікарських трав, змащування з йод-гліцерином, 2%-м розчином йодистого калію, масляними розчинами вітаміну А і Е, інгаляції, вливання в гортань лікарських засобів) та загальної: тонізуючі засоби (дуплекс, женьшень, пантокрин), антихолінестеразні препарати, полівітаміни, транквілізатори (при підвищеній дратівливості). Хворим основної групи додатково призначали спрей для горла «АКВА МАРІС®» по 4 впорскування 5 разів на добу.

Очікуваний результат лікування – суб'єктивне зменшення дискомфорту у горлі (сухості та подразнення), поліпшення даних фарингo- та ларингоскопії, показників вегетативної регуляції і неспецифічної резистентності, адаптивних реакцій і показників «якості життя» – спостерігали в обох групах. Однак більш чітко ефективність лікування прослідкувалась у основній групі хворих, яким була призначена іригаційна терапія препаратом «спрей для горла АКВА МАРІС®».

Висновок: довготривала адаптація представників голосомовних професій до фонаційної діяльності є професійно-обумовленим феноменом. Попередження розладів голосового апарату полягає в навчанні техніці мови, гігієні, постановці голосу, тренуванні витривалості голосового апарату для пристосування його до підвищених голосових навантажень. Місцеве лікування слід спрямовувати на підвищення активності залозистого епітелію слизової оболонки для збільшення секреції слизу, зниження його густини, підвищення в ньому кількості біологічно активних речовин, що сприяли б активації репаративних процесів. Для досягнення фармакологічного ефекту ліків потрібен відкритий доступ до слизової оболонки глотки. Тому кожне застосування активної лікарської речовини повинне супроводжуватись очищенням слизової оболонки шляхом її зрошення.

Іригаційна терапія з використанням спрею для горла «АКВА МАРІС®» може стати допоміжним засобом як в лікуванні супутніх субатрофічних змін слизової оболонки, які часто передують розвитку органічних уражень глотки та гортані, так і в їх профілактиці, перш за все у людей голосомовних професій.

© Р.А. Абизов, С.О. Лакиза, О.Ю. Ромась, С.С. Самойленко, Н.Я. Навальківська, 2011

Р.А. АБИЗОВ, О.О. ПЕЛЕШЕНКО, С.С. САМОЙЛЕНКО, В.О. ШКОРБОТУН, В.В. КРИВША (КИЇВ, УКРАЇНА)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ НА ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛАХ

Передатестаційні цикли зі спеціальності «Отоларингологія» проводяться з метою визначення теоретичної та практичної підготовки лікаря-отоларинголога відповідно до вимог кваліфікаційних характеристик другої, першої та вищої кваліфікаційних категорій. Метою передатестаційних циклів є також поглиблення професійних знань, умінь та навиків, ознайомлення з основними досягненнями у галузі отоларингології та надання допомоги лікарям у підготовці до атестації на кваліфікаційні категорії.

Зміст програми навчання на передатестайному циклі, розробленої на кафедрі оториноларингології НМАПО ім. П.Л. Шупика, охоплює весь обсяг теоретичних знань і практичних навиків, необхідних лікарю-отоларингологу певної кваліфікаційної категорії для проведення самостійної лікувальної роботи.

Програму побудовано за системою блоків. Блоками є 9 курсів програми. Курс – відносно самостійна частина програми, в якій подана значна за обсягом теоретична і практична інформація з певної галузі отоларингології. Курси розбито на розділи, кожен з яких включає кілька тем, а тема складається з окремих елементів. Питання клінічної і топографічної анатомії, методи отоларингологічного дослідження внесено до кожного курсу або розділу програми.

Для орієнтації в програмі та впорядкування інформації, що міститься в ній, курси, розділи, теми і елементи є закодовані.

Із суміжних дисциплін за додатковими програмами включено розділи з організації невідкладної медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях, проблеми СНІДу та вірусних гепатитів.

Для виконання даної програми в процесі навчання передбачено такі види занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарів.

Для виявлення рівня знань і навиків слухачів передбачено наступні види контролю: оцінка базових знань, рубіжний контроль та заключний іспит. Для базового та заключного іспиту використовують комп'ютерну атестаційну програму, затверджену МОЗ України.

Слухачам, які успішно склали іспит, видається свідоцтво встановленого зразка з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії.

Слід враховувати, що згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.07.2009 р. №494 (Зміни до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах), комп'ютерний контроль рівня знань проводиться для лікарів, які успішно виконали навчальний план і програму та набрали необхідну кількість балів відповідно до Шкали значень різних видів діяльності лікарів у період між передатестаційними циклами.

Особи, які не набрали необхідної кількості балів з відповідної лікарської (провізорської) кваліфікаційної категорії, проходять комп'ютерний контроль рівня знань на категорію, якій відповідає набрана ними кількість балів з урахуванням пройденого передатестаційного циклу, або на підтвердження сертифіката лікаря-спеціаліста, що дає право продовжувати обіймати посаду лікаря-спеціаліста з певної лікарської спеціальності.

© Р.А. Абизов, О.О. Пелешенко, С.С. Самойленко, В.О. Шкорботун, В.В. Кривша, 2011

Р.А. АБИЗОВ, І.Р. ЦВІРІНЬКО, Н.В. БОЖКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

АНАЛІЗ ВПЛИВУ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ШИЇ В ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Незважаючи на прогрес у лікуванні, діагностиці та профілактиці хірургічних гнійно-запальних захворювань проблема флегмон шиї залишається актуальною. Слід зазначити, що флегмони шиї, особливо їх прогресуючі форми мають схильність до важкого клінічного перебігу і розвитку численних ускладнень, таких як, медіастиніт, сепсис, тромбози магістральних судин, поліорганна недостатність (40-80% – за даними Блатун Л.А., Десятерік В.І., та ін.), черепно-мозкові ускладнення та ін. Це зумовлюється тим, що шия є доволі обмеженою анатомічною ділянкою з характерними особливостями будови, які створюють умови для швидкого розповсюдження гнійного процесу. Також звертає на себе увагу несвоєчасна і часто помилкова діагностика важких ускладнень флегмон шиї, яка детермінує надто високу летальність, за даними різних авторів, від 7-70%. Тому метою нашого дослідження стало дослідити вплив супутніх захворювань та строків звернення у пацієнтів з флегмонами шиї на розвиток ускладнень.

Нами були проаналізовані медичні карти стаціонарних хворих з діагнозом: «Флегмона шиї», що проходили лікування в отоларингологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні протягом 2010 року. Пацієнти були різних вікових груп – від 27 до 79 років. З них більшість складали чоловіки – 9 (75%), а меншу кількість становили жінки – 3 (25%). Спостерігаючи пацієнтів без супутньої патології, то з 4-х (33,2%) чоловік тільки у 1 (8,3%) спостерігалося ускладнення у вигляді вторинного гнійного паротиту. І то, це можна пов'язувати з пізнім зверненням хворого за медичною допомогою. Беручи ж до уваги хворих з супутньою патологією то бачимо, що серед 12 хворих, що лікувалися стосовно даного діагнозу 8 (66,6%) мали супутні захворювання. Зокрема:

- Хвороби ендокринної системи – цукровий діабет II типу середньої важкості, субкомпенсована форма у двох (16,6%) хворих; тиреоїдит, гіпертрофічна форма, еутиреоз, дифузний зоб I ст. – у 1 (8,3%) хворого;
- Хвороби серцево-судинної системи: ІХС спостерігалася у 7 (58,1%) хворих; миготлива аритмія, постійна форма спостерігалася у двох (16,6%) хворих;гіпертонічна хвороба I-II ст. – у 4-х (32,2%) пацієнтів; СН I-II ст. у 6 (49,8%) хворих. Також 1 (8,3%) пацієнт страждав на емфізему легень та пневмосклероз.

Ускладнення ми спостерігали у 8 (66,6%) хворих.

Серед них відмічалися такі як: вторинний гнійний паротит – 1 (8,3%)хворий; передньоверхній медіастиніт – 2 (16,6%) хворих; пе-

рифлебіт внутрішньої яремної вени справа – 1 (8,3%) хв; реактивний підщелепний сіалоаденіт – 1 (8,3%) хв.; вторинний тиреоїдит у 1 хв.; Субкомпенсований стеноз гортані спостерігався у 1 (8,3%) хворого. Зокрема, у двох (16,6%) пацієнтів ускладнення призвели до летальних наслідків. Отже, з 100% у 66,6% випадків спостерігалися супутні захворювання, а з них у 87,5% – виявлявся ускладнений перебіг флегмони шиї. Тобто у хворих з супутньою патологією ускладнення спостерігаються в 3,5 разів частіше ніж без неї.

Крім того проаналізувавши вплив строків звернень на наявність ускладнень у хворих з флегмоною шиї, бачимо, що серед тих хворих у кого були ускладнення – середній строк звернення по спеціалізовану медичну допомогу становив 6 (±0,5) днів, в той час як у хворих без ускладнень цей період тривав у середньому 4 (±0,5) дні, що, порівняно, у 1,5 рази менше.

Отже супутні захворювання ускладнюють перебіг флегмон шиї у пацієнтів, часто ці ускладнення можуть мати летальні наслідки, тому необхідне уважне ведення хворих з супутньою патологією, оскільки у 87,5% спостерігається ускладнений перебіг флегмон. Також слід мати на увазі, що строки звернення впливають на перебіг та наявність ускладнень при флегмонах шиї.

© Р.А. Абизов, І.Р. Цвірінько, Н.В. Божко, 2011

Р.А. АБИЗОВ, С.О. ЛАКИЗА, Я.В. ШКОБА, Т.М. ГОЛУБОК-АБИЗОВА, С.С. САМОЙЛЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ІРИГАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАХВОРЮВАННЯ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПОРОЖНИН

Проблема лікування гострого риносинуїту є одною з актуальних в сучасній оториноларингології з огляду на поширеність захворювань носа та приносових порожнин серед всіх вікових груп, тенденції до збільшення числа як гострих, так і хронічних випадків захворювань (Лопатин А.С., Свистушкин В.М., 2008). Тому залишаються актуальними пошук нових та підвищення ефективності відомих методів лікування. Дослідження багатьох авторів доводять, що в патогенезі запальних захворювань, особливу роль відіграє порушення функції миготливого епітелію слизової оболонки носа, робота якого значною мірою залежить від наявності іонів калію та магнію (Плужников М.С., 1995, Пискунов С.З., 2005).

В комплексному лікуванні гострих та загострень хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів ефективною є проведення іригаційної терапії у вигляді зрошень та промивань морською водою носової порожнини, глотки та гортані (Абизов Р.А., Шкоба Я.В., 2010). Принципом перевіреної тисячоліттями методики є вимивання з порожнини носа слизу, частинок пилу, бактерій, вірусів, що їх вдихає людина. Новим напрямком в розробці препаратів на основі натуральних природних речовин стала систему для зрошення носу «АКВА МАРІС®» (Ядран, Хорватія), що складається з ємності для зрошення та сухої морської солі Адріатичного моря, збагаченої оліями мирта звичайного та безсмертника італійського в пакетиках-саше. При змішуванні солі з водою, утворюється розчин, близький за складом до природної морської води та збагачений біогенними властивостями іонної структури рослинних мікроелементів. Поєднання унікального складу солей та мікроелементів дозволяє стимулювати процес самоочищення слизової оболонки носової порожнини. Крім того, йод та хлорид натрію спричиняють антисептичну дію, а іони цинку та селену сприяють продукції антибактеріальних, противірусних чинників, відновлюючи місцевий імунітет слизової носа та приносових порожнин. Бактерицидна дія олій мирта та безсмертника забезпечує посилення дії розчину.

В рамках дослідження ефективності іригаційної терапії нами було обстежено 76 дорослих пацієнтів, які знаходилися на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в поліклінічному та ЛОР-відділеннях КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» з гострим риносинуїтом з жовтня 2010 року до березня 2011 року. Згідно протоколів EPOS (Eurorean Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2008), симптоматика легких та середніх форм гострого риносинуїту обмежується місцевими проявами: утруднене носове дихання, виділення з носа слизового, рідше – слизово-гнійного характеру, порушення нюхової чутливості, незначний головний біль за відсутністю значно виражених ознак інтоксикації, нормальній чи субфебриль-

ній температурі тіла. До основної групи нами були віднесені 39 пацієнтів (21 чоловічої, 18 жіночої статі) від 18 до 45 років з діагнозом «Гострий риносинуїт», не пізніше 2-3 діб з моменту виникнення захворювання. Контрольну групу склали 37 хворих, відповідних за віком, статтю та нозологією, пролікованих за стандартною методикою. Всім пацієнтам проводився ЛОР-огляд, лабораторні обстеження крові, рентгенографія приносових порожнин, за показаннями – комп'ютерна томографія з денситометрією, цитологічне дослідження мазків-відбитків зі слизової оболонки носа. При передній риноскопії оцінювався стан слизової оболонки порожнини носа (колір, вологість, набряк носових раковин, характер виділень з порожнини носа). В мазках мазки-відбитках, отриманих з слизової переділки носа або нижньої носової раковини, визначалась кількість епітеліальних клітин, співвідношення нейтрофільних лейкоцитів (прояв гострого запалення) та лімфоїдно-гістоцитарних клітин: моноцитів, лімфоцитів, гістіоцитів (прояв продуктивного запалення). Проводилося опитування пацієнтів відносно ефективності результатів лікування за допомогою анкетування. Статистичний аналіз виконували за допомогою Microsoft Excel, коефіцієнта Ст'юдента, розбіжності вважались достовірними при $p<0,05$. За допомогою об'єктивних, суб'єктивних, статистичних методів порівнювалась ефективність лікування хворих основної, контрольної груп, безпечність терапії пацієнтів основної групи.

Хворим основної групи проводилося промивання носа за допомогою індивідуальних систем для зрошення «АКВА МАРІС®». Вміст одного пакетика-саше зі збагаченою морською сіллю пересипався в індивідуальну ємність, що заповнювалась до мітки водою температурою 35-36°С. Після змішування та розчинення солі промивалися носові ходи. Засіб використовували згідно інструкції застосування з детальним поясненням необхідності чіткого її виконання хворими. Необхідною умовою правильного проведення процедури було витікання розчину з протилежної промиванню половини носа. Промивання носових ходів хворі виконували двічі на добу, термін спостереження за хворими становив 6-7 діб.

Аналіз результатів лікування хворих виявив достовірне ($p<0,05$) зменшення гіперемії, набряку носових раковин у 36 (92%) пацієнтів основної групи, порівняно з 23 (62%) контрольної групи. Дослідження цитологічного складу носового секрету після лікування – статистично значиме збільшення функціонально активних епітеліоцитів до 80% у хворих основної групи, 68% – в групі контролю та зменшення процентного складу нейтрофілів – з 85% в основній групі (86% в контрольній) до початку терапії та після її закінчення – 45% (56%) відповідно. Загальний ефект від проведеного лікування 33 (86%) хворі основної групи оцінили як «дуже добре», 6 (14%) хворих – як «добре». Негативних оцінок проведеної терапії не зареєстровано.

Таким чином, іригаційна терапія системою для зрошення носу «АКВА МАРІС®» є важливим компонентом стандарту лікування риніту, риносинуїту з доведеною терапевтичною активністю. Елімінація подразнюючих, запальних факторів, зниження антигенного навантаження на слизову верхніх дихальних шляхів є першим етапом лікування хворих на гострі захворювання носа та приносових порожнин. Використання системи для зрошення носу «АКВА МАРІС®» підвищує ефективність терапії хворих порівняно з загальноприйнятими схемами, забезпечує високі клінічні та лабораторні результати лікування. Система для зрошення носу «АКВА МАРІС®» – безпечний засіб для лікування хворих з даною патологією, що підтверджується відсутністю алергічних та інших побічних реакцій.

© Р.А. Абизов, С.О. Лакиза, Я.В. Шкоба, Т.М. Голубок-Абизова, С.С. Самойленко, 2011

Р.А. АБИЗОВ, Я.В. ШКОБА, Т.М. ГОЛУБОК-АБИЗОВА, В.Р. АБИЗОВ (КИЇВ, УКРАЇНА)

СТУПЕНЕВА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО РИНОСИНУЇТА

Вступ: на гострий верхньощелепний риносинуїт страждають різні групи населення – діти від моменту формування приносових синусів та практично всі вікові групи дорослого населення. Біля 40% всіх госпіталізованих пацієнтів знаходяться в ЛОР-стаціонарі з приводу запальних захворювань приносових порожнин (Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П., 2003). Основним методом лікування даної категорії хворих є призначення антибіотиків та створення відтоку патологічного вмісту порожнини. Однак, неадекватна анти-

біотикотерапія може призвести до розвитку орбітальних, внутрішньочерепних ускладнень, переходу гострого процесу в хронічну форму.

Двохетапне призначення антибактеріальних препаратів – ступенева атибіотикотерапія, передбачає перехід з парентерального на пероральний шлях введення лікарського засобу в найбільш короткі терміни з урахуванням клінічного стану пацієнта. Цей метод знаходить все більш широке застосування з огляду на високу ефективність та можливість оптимізації фармакоекономічних підходів до лікування. Очевидними перевагами ступеневої терапії є скорочення терміну перебування хворого в стаціонарі, зменшення ризику виникнення нозокоміальних інфекцій, зниження загальної вартості лікування.

Серед антибіотиків в практиці ЛОР-лікаря одне з провідних місць займають цефалоспорини, що пояснюється широким спектром їх антибактеріальної активності, бактерицидним механізмом дії, низькою частотою виникнення резистентності у мікроорганізмів, стійкістю до більшості бета-лактамаз, доброю переносимістю хворими та мінімальними побічними ефектами.

Для проведення дослідження нами були обрані ін'єкційні цефалоспорини III покоління цефтріаксон та цефотаксим (Лораксон, Лораксим) та таблетований цефалоспорин III покоління цефіксим (Лопракс) з огляду на доведену клінічну ефективність препаратів щодо імовірних збудників захворювання, можливості застосування антибіотиків однієї групи для парентерального та перорального етапів лікування.

Матеріали та методи: метою нашого дослідження було вивчити ефективність ступеневої терапії у хворих на гострий та загострення хронічного верхньощелепного риносинуїту. В групу дослідження були включені 34 (19 чоловіків та 15 жінок) пацієнта, які знаходились в ЛОР-відділенні КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» з рентгенологічно підтвердженим діагнозом. Середній вік хворих був 42,3 ± 2,4, причому 28 (85,3%) пацієнтів були працездатного віку. Крім рентгенологічного обстеження всім хворим виконували загальний аналіз крові з формулою, імпедансометрію та аудіометрію за наявності скарг на стан слуху або патології барабанних перетинок.

В перші 2-3 доби пацієнтам призначався парентеральний цефалоспориновий антибіотик III покоління цефтріаксон (Лораксон) в дозі 1 г 2 рази на добу або цефотаксим (Лораксим) – 1 г 3 рази на добу дом`язево після негативного результату внутрішньошкірної проби. В комплексному лікуванні призначалися антигістамінні засоби, секретолітики, деконгестанти місцево та перорально, фізіотерапія з застосуванням пункцій верхньощелепних синусів. Після завершення лікування ін`єкційним антибіотиком (Лораксон, Лораксим) пацієнтів переводили на прийом перорального цефіксима (Лопракса) в дозі 400 мг один раз на добу протягом 5-6 діб.

Результати та їх обговорення: аналіз результатів дослідження засвідчив високу ефективність ступеневої терапії у лікуванні хворих на гострий та загострення хронічного верхньощелепного риносинуїту. Динаміка клінічних проявів захворювання, інтоксикаційного, больового синдрому оцінювалась при переведенні хворих на амбулаторне лікування та після закінчення загального курсу антибіотикотерапії. На першому етапі лікування було зареєстроване вірогідне зниження температури тіла з 37,8 ± 0,08ºС при госпіталізації до 36,8 ± 0,04ºС на момент виписки зі стаціонару. Крім того, ми відзначали покращення об`єктивного ЛОР-статусу хворих, зменшення кількості гнійних виділень з порожнини носа, усунення головного болю. Всі хворі завершили повний курс ступеневої терапії без побічних ефектів, алергічних реакцій. Дані контрольного аналізу крові показали зменшення загальної кількості лейкоцитів та їх юних форм у 33 (98%) пацієнтів. Рентгенологічне обстеження в динаміці виявило нормалізацію стану приносових порожнин. Пацієнти відмічали зручний спосіб використання препарату для перорального прийому (Лопраксу) – один раз на добу, що підтверджує дані про комфортність сприйняття терапії, тобто бажання хворого виконати призначення лікаря в повному обсязі (Страчунский Л.С., Розенсон О.Л., 1997).

Висновки: застосування ступеневої терапії у хворих на гострий чи загострення хронічного верхньощелепного риносинуїту є адекватним режимом антибіотикотерапії, що забезпечує високу ефективність лікування.

Двохетапне призначення цефалоспоринових антибіотиків III покоління протягом 2-3 діб парентерально з переходом на 5-6 добовий пероральний прийом під контролем клінічного стану та лабораторних методів дослідження може бути рекомендоване для терапії хворих на гострий та загострення хронічного риносинуїту.

© Р.А. Абизов, Я.В. Шкоба, Т.М. Голубок-Абизова, В.Р. Абизов, 2011

Д.А. АЛЕКСЕЕВА, О.К. НИКИТИНА (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

ПОРАЖЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

На территории России и стран СНГ ежегодно различными формами герпетической инфекции страдают 20 млн. человек (Исаков В.А и др., 2006). За последние 15 лет в связи с появлением современных методов диагностики герпетической инфекции стали появляться работы, посвященные ее роли в генезе многих заболеваний, в том числе и при поражениях сенсорных систем и черепно-мозговых нервов. Нейротропизм герпетической инфекции обуславливает разнообразный спектр клинических проявлений (Ward C, 1980; Helms I., 1982; Никитин К.А., 2003).

Среди больных проходивших обследование и лечение в клинике оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова за период с 2000 по 2009 г. было выявлено поражение тройничного нерва у 17 больных с herpes zoster oticus, и у 32 пациента с невралгией тройничного нерва вызванной ВПГ 1 типа. Всем больным проводились неврологическое обследование и лабораторная вирусологическая диагностика для верификации ВПГ1 и ВЧГ 3 типов. Большинство пациентов обращались в связи с выраженным болевым синдромом, для исключения патологии ЛОР-органов (подозрение на острый синусит, острый отит) в начальной стадии заболевания. Как известно, при раздражении тройничного нерва возникают интенсивные приступообразные боли в лице. По своей локализации боли совпадают обычно с проекцией одной из трех ветвей нерва. Из 32 больных у 26 пациентов болевой синдром соответствовал поражению n. ophtalmicus и n. maxillaris, у 6 – n. mandibullaris.

Из 17 больных с herpes zoster oticus 11 пациентов обратились в течение первой недели от момента заболевания, остальные спустя 7-8 дней, когда появлялись первые симптомы неврита лицевого нерва. Как правило, заболевание начиналось с появления везикулярных высыпаний на ушной раковине, головных болей, недомогания и в последующем появлялись симптомы поражения лицевого, тройничного и слухового нервов.

При лечении герпетических невропатий тройничного нерва нами использована следующая схема комплексной терапии: ацикловир в течение 3 недель по 800 мг 4 раза в сутки или валтрекс по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней; циклоферон по 2 мл. внутимышечно 1,2,4,6 и 8 дни лечения; ибупрофен в дозировке по 200 мг 4 раза в день или карбамазепина 200 мг 2 раза в день; 4. мильгамма в форме раствора для внутримышечного введения – по 2 мл ежедневно, в течение 10 дней .

Результаты лечения больных с невропатией тройничного нерва, обусловленного ВПГ- 1 типа оказались достаточно оптимистичными: из 32 больных у 21 пациента на фоне противогерпетической терапии и приема ибупрофена болевой синдром претерпел обратное развитие в течение первых 10 дней.

Из 17 больных с невропатиями тройничного нерва, обусловленными Herpes zoster oticus полностью купировать болевой синдром удалось только у 8 пациентов, у 6 удалось достичь значительного улучшения, у 3 пациентов существенной динамики от проводимого лечения не отмечено (пациенты были выписаны с рекомендацией продолжить прием карбамазепина).

Таким образом, проблема постзостерной невралгии тройничного нерва остается актуальной, что вероятнее всего обусловлено демиелинизирующим типом поражения нервных волокон.

© Д.А. Алексеева, О.К. Никитина, 2011

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

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Воспалительные заболевания околоносовых пазух считают одной из самых актуальных проблем ринологии. Среди больных, находящихся на лечении в стационарах, от 15 до 36% составляют люди, страдающие синуситами. В Германии в последнее десятилетие острый и хронический синуситы выявляют у 7-19 млн. пациентов. Немалую толику из них занимают одонтогенные гаймориты. В связи с этим лечение синуситов остаётся одной из приоритетных проблем оториноларингологии. Поэтому целесообразным является, на наш взгляд, применение новых физиотерапевтических методов воздействия на ткани в сочетании

с ирригационно-элиминационной терапии риносинуситов (С.В. Рязанцев и соавт., 2007).

Целью данного исследования являлось сравнительное изучение эффективности использования магнитолазерной терапии в комплексном лечении одонтогенных гайморитов.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено лечение 47 пациентов с одонтогенными гайморитами. Больные находились в трудоспособном возрасте (от 18 до 62 лет). Мужчин было 26 (55,3%), женщин – 21 (44,7%).

В начале лечения у всех больных в обязательном порядке проводили аспирацию содержимого пазухи с помощью пункции иглой Куликовского с последующим микробиологическим исследованием экссудата. Кроме того, применялись общеклинические и эндоскопическое исследования, изучение транспортной активности мерцательного эпителия, определение кислотно-основного состояния носового секрета.

Все пациенты были разделены на две равноценные группы по характеру заболевания и по возрасту.

В первой, основной группе, пациенты получали традиционное лечение в виде защищённых пероральных аминопенициллинов, деконгестантов, нестероидных противовоспалительных препаратов и солевых носовых душей. В качестве физиотерапевтического воздействия больные получали магнито-лазерную терапию. Для этой цели использовали инфракрасное излучение терапевтического лазера Узор-2к в сочетании с воздействием постоянного магнитного поля. Такое магнитолазерное облучение длиной волны 0,89 мкм, напряжением ПМП 50 мТл и экспозицией 300 секунд, выполняли пациентам ежедневно на биологические активные точки носа и верхнечелюстных пазух (2 поля на один сеанс) курсом 5 дней.

Вторая группа больных (контрольная) получала те же препараты, что и пациенты первой группы. У них применялась УВЧ-терапия.

Эффективность лечения оценивали по общему состоянию больных, клинической картине и специальным методам обследования (мукоцилиарный клиренс и pH носового секрета).

Результаты и их обсуждение. При микробиологическом исследовании как в основной, так и в контрольной группе в основном были высеяны следующие возбудители: S. pneumoniae (34%), H. inluenzae (29%) и M. catharralis (10%).

Темпы прекращения слизисто-гнойных выделений из носа и уменьшение гиперемии и отёка слизистой оболочки носа, а также восстановление до нормальных цифр мукоцилиарного клиренса (5-12 мин) и pH (7,4) у пациентов, получавших магнитолазерное лечение, опережало таковые у больных, получавших традиционную терапию в среднем на 3-5 дней.

Вывод. Магнито-лазерная терапия эффективна при лечении одонтогенных гайморитов.

© В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут, 2011

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

МАГНИТНО-ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ГАЙМОРИТОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В последнее время во многих странах мира большое внимание уделяется вопросам практической геронтологии. Это обусловлено структурными изменениями населения за счет увеличения удельного веса лиц преклонного возраста. При лечении лиц старших возрастных групп необходимо помнить как о наличии инволютивных изменений ЛОР-органов, так и об особенностях реактивности стареющего организма, что накладывает свой отпечаток на клинику и лечение заболеваний околоносовых пазух. Неправильный выбор антибактериальных средств, нерациональное местное лечение, отказ от общеукрепляющих средств и, назначения рутинных физиотерапевтических процедур приводит зачастую к пролонгированию или хронизации воспалительных заболеваний околоносовых пазух (В.С. Зайцев, 2010).

Целью данного исследования являлось изучение эффективности, применение лазерного воздействия на верхнечелюстные пазухи коротким курсом при комплексном лечении гайморита у пожилых лиц.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено лечение 43 пациентов с острыми риногенными гайморитами, в 16 случаях (37,2%) процесс носил двусторонний характер. Мужчин было 25 (58,1%), женщин – 18 (41,9%). Возраст больных колебался от 62 до 79 лет.

В начале лечения у всех пациентов проводили аспирацию содержимого пазухи во время

пункции для последующего микробиологическим исследования экссудата. Кроме того, применялись общеклинические и эндоскопические методы исследования, изучалась транспортная активность мерцательного эпителия,

Больные получали перорально защищенные пенициллины, деконгестанты, нестероидные противовоспалительные препараты и солевые носовые души.

Пациенты были разделены на две группы. В основной группе больным, кроме вышеуказанного лечения, проводилась коротким курсом магнитно-лазерная терапия. Для этой цели использовали инфракрасное излучение терапевтического лазера Узор-2к в сочетании с воздействием постоянного магнитного поля. Такое магнитолазерное облучение длиной волны 0,89 мкм, напряжением переменного магнитного поля 50 мТл и экспозицией 90 секунд, выполняли пациентам ежедневно на биологические активные точки носа и верхнечелюстных пазух (2 поля на один сеанс) курсом 4 дня.

Результаты и их обсуждение. При микробиологическом исследовании были высеяны следующие возбудители: S. pneumoniae (32,6%), H. influenzae (27,9%) и M. catharralis (9,3%). В 30,2% случаях посев роста не дал.

Эффективность лечения оценивали по динамике общего состояния больных, клинической картине и специальным методам исследования (мукоцилиарный клиренс).

Темпы прекращения слизисто-гнойных выделений из носа, уменьшение гиперемии и отёка слизистой оболочки носа, а также восстановление мукоцилиарного клиренса у пациентов, получавших магнитно-лазерное лечение, опережали таковые у больных, получавших традиционную терапию, на 3-5 дней.

Выводы. Лечение пожилых больных с острыми гайморитами должно включать современные методы физиотерапевтического местного воздействия. Магнитно-лазерная терапия с помощью аппарата Узор-2к эффективна при лечении воспалительных заболеваний околоносовых пазух у таких пациентов.

© В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут, 2011

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

НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ

Острые синуситы самые распространенные заболевания в отоларингологии, составляют около 30% в структуре ЛОР-заболеваний, и около 15% населения (С.Б. Бесшапочный, В.В. Лобурец, 2002; Г.З. Пискунов и соавт., 2005). Ежегодно число больных заболеваниями пазух носа во всем мире увеличивается на 1,5-2% (Д.И. Заболотный, Т.В. Маляренко, 2008).

Воспаление слизистой оболочки полости носа сопровождается компенсаторным увеличением образования слизи. Чем больше вязкость слизи, тем меньше ее скорость перемещения. Это в дальнейшем способствует росту микроорганизмов, нарушению вентиляции пазух носа и снижению местной иммунологической защиты. Важным звеном в лечении острых гнойных гайморитов – это нормализация вязкости носового секрета (реология), и с другой стороны улучшение моторики мерцательного эпителия и выделения патологического секрета.

Перспективными препаратами с целью разжижения вязкого, густого секрета и улучшения моторики мерцательного эпителия слизистой носа используются препараты растительного происхождения. Чаще с мукорегулятивным эффектом используются препараты: корня алтея, цикломена, примулы, вербены и других (Г.Е. Тимен, В.М. Писанко, Л.А. Кудь, 2008). Только правильная, адекватная терапия приводит к улучшению вентиляции околоносовых синусов, миграции слизи из полости носа (А.Б. Киселев, В.А. Гаукина, 2007; В.Н. Гинькут, В.В. Гинькут, 2010; BROK, 2010).

Несмотря на большое количество способов лечения при остром гнойном гайморите, вопрос на сегодняшний день остается открытым. Одной из причин, которая ведет к снижению эффективности лечения данной патологии, является негативное отношение пациента к «пробиванию» гайморовой пазухи. На сегодняшний день расширился арсенал неинвазивных методов лечения гнойных гайморитов, которые включают промывание околоносовых пазух по Проэтцу, синускатетер ЯМИК, назначение мукорегуляторов таких как: Синупрет, Флюдитек, ГелоМиртол и другие. Мы также считаем, что для решения этого вопроса эффективно могут применяться препараты растительного происхождения.

Первым препаратом цикламена, появившимся на Фармацевтическом рынке Украины, был «СинуфортеR ». Данный препарат, воздействуя на слизистую оболочку полости носа, вызывает усиленную рефлекторную секрецию. Стимулированная секреция обусловлена раздражением чувствительных окончаний тройничного нерва, что в свою очередь приводит к усилению работы мерцательного эпителия, снижению вязкости мокроты и к естественному интенсивному очищению носа и околоносовых пазух. Данный препарат с успехом применяется при лечении синуситов (М.Д. Геденашвили, 2002; С.Б. Бесшапочный, 2004; С.З. Пискунов и соавт., 2010).

Существуют и противопоказания для назначения данного препарата, это: риносинуситы с нарушением дренажной функции пазух, полипозные риносинуситы, кисты гайморовых пазух, бронхиальная астма, наличие индивидуальной непереносимости препарата.

Наше внимание привлек препарат цикламена «Синус-лифт». Данный препарат назначается в пролонгированном режиме, сначала «Синус-Лифт» с очищающим эффектом, затем «Синус-Лифт» восстанавливающий. Именно это последовательное назначение является патогенетически обусловленным, что в дальнейшем способствует повышению эффективности лечения данной патологии.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных с острым гнойным гайморитом, которые были разделены на группы по 30 больных в каждой. Возрастной аспект был от 18 до 62 лет.

Диагноз устанавливался на основании общепринятых и дополнительных методов исследования (жалоб больного, анализа, риноскопии, Ro-граммы пазух носа, лабораторных исследований).

В основную группу (30 больных) в схему лечения был назначен «Синус-Лифт», и контрольную (30 больных) – лечение которых проходило по традиционной схеме (антибиотики, деконгестанты, антигистаминные препараты, муколитики, физ.процедура, санация пазух по Проэтцу, ирригационная терапия).

При опросе больных обращали внимание на наличие головной боли, степени интенсивности, локализации функции носового дыхания, наличия и характера отделяемого из полости носа, температурной реакции. Объективно оценивали отек и гиперемию слизистой оболочки полости носа, количество секрета.

Эффективность лечения определяли на основании субъективных ощущений больного и данных клинических проявлений заболевания.

В контрольной группе после применения препарата «Синус-Лифт» сразу начиналась обильная ринорея с выделением слизисто-гнойного секрета, приступы чихания (24 больных), слезотечение (13 больных), незначительно усилилась головная боль (5 больных). Данные жалобы беспокоили в течение 20-30 минут, после чего все больные отметили уменьшение головной боли. Повышение температуры отмечалось только в первые сутки. Заметно уменьшилась заложенность носа на 2-е сутки от начала лечения, на 3-4-е сутки полностью исчезла. Головная боль перестала беспокоить на 1-2-е сутки. Обильные выделения из носа отмечались лишь только в первые сутки.

Резкая гиперимия слизистой полости носа и отек держался на протяжении 4-5 дней. У 10 больных выделения из носа имели слизисто-сукровичный характер в течение 3 суток, 7 пациентов жаловались на сухость в полости носа, одному больному препарат был отменен из-за непереносимости. В данной группе одному пациенту была произведена пункция гайморовой пазухи. Выздоровление наступило на 5-6-е сутки заболевания.

Во второй группе больные, которые получали традиционную терапию, заложенность носа уменьшилась на 3-4-е сутки от начала лечения, а полностью исчезла на 5-6-е сутки. Головная боль исчезла на 4-6-й день заболевания, явный признак улучшения дренирования пазух. Выделения из полости носа имели умеренный характер в течение 2-3 дней. Слизисто-гнойные выделения наблюдались в течение 2-3 суток, отек и гиперемия слизистой полости носа уменьшилась на 2-3-и сутки. Учитывая клинические данные, 3 больным была произведена пункция гайморовых пазух (двухсторонняя – у двух пациентов и односторонняя – у одного).

Выздоровление наступило на 8-10-е сутки заболевания.

Вывод: предложенный неинвазивный метод лечения острого гнойного гайморита с использованием препарата «Синус-Лифт» позволяет сократить сроки лечения заболевания на 3-4 дня. Метод прост в применении, что позволяет ему занять достойное место при лечении данной патологии в практической оториноларингологии.

© С.В. Андреев, М.С. Чернявская, 2011

Ю.М. АНДРЕЙЧИН (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУСИТ

Дисфункція ендотелію спричиняє зміни проникливості судинної стінки і реологічних властивостей крові, бере важливу участь у тромбоутворенні, впливає на активність тромбоцитів і лейкоцитів. У зв'язку з цим вона відіграє активну роль у запальних і дистрофічних процесах. Об'єктивним маркером ендотеліальної дисфункції при різних патологічних станах може бути тромбомодулін – інтегральний мембранний білок, рецептор тромбіна, що міститься на ендотеліоцитах кровоносних судин і суттєво впливає на процеси коагуляції крові та фібринолізу.

Метою нашої роботи було дати клінічну оцінку змін концентрації тромбомодуліну в крові як маркера ендотеліальної дисфункції при гострих і хронічних верхньощелепних синуситах.

Під спостереженням був 51 хворий на гнійний верхньощелепний синусит, з них 27 хворих на гострий і 24 – на хронічний. Чоловіків було 35, жінок – 16. Їх вік коливався в межах 18-57 років (у середньому 29 років). Клінічна і рентгенологічна картини синуситів були типові. Супутніх захворювань, які могли би сприяти розвитку ендотеліальної дисфункції, не виявлено.

На початку стаціонарного лікування, що припав на розпал захворювання, виявлено суттєво вищу, ніж у нормі, концентрацію тромбомодуліну в сироватці крові хворих і з гострим, і з хронічним гнійним верхньощелепним синуситом ($p < 0,02$). Причому загострення хронічного гнійного синуситу супроводжувалось відносно вищим рівнем тромбомодуліну ($p < 0,03$). У реконвалесцентів обох груп (перед випискою із стаціонару) його вміст знизився ($p < 0,03$ і $<0,05$ відповідно), однак не досяг нормальних значень (p)

Отримані результати дають підставу вважати, що у крові хворих на гнійний верхньощелепний синусит підвищується концентрація маркера ендотеліальної дисфункції тромбомодуліну. Його нормалізація у реконвалесцентів відстає від строків зникнення клінічних симптомів. Визначення цього показника може служити об'єктивним критерієм оцінки перебігу захворювання у конкретного хворогу. дослідження в цілому.

© Ю.М. Андрейчин, 2011

Ю.М. АНДРЕЙЧИН, О.І. ЯШАН, Г.С. П.РОТАСЕВИЧ, В.Г. КОРИЦЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ МУКОРЕГУЛЯТОРА «ФЛЮДИТЕК» В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО СЕКРЕТОРНОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ

Хронічний секреторний отит у дітей зустрічається досить часто і є однією з частих причин приглухуватості. В патогенезі хронічного секреторного отиту основна роль відводиться затримці секрета в барабанній порожнині, особливо при непрохідності слухової труби, що виникає при гіпертрофії горлового мигдалика, гіпертрофії трубних мигдаликів. Причина цього захворювання також може бути пов'язана з порушенням відтоку носового секрета через устя слухових труб (Л. В. Гуляева, 2010).

В лікуванні хронічного секреторного отиту велике значення надається відновленню вентиляції і дренажу барабанної порожнини, налагодженню адекватної моторики миготливого епітелію, оптимізації процеса мукорегуляції. В лікуванні хронічного секреторного отиту застосовуються протинабрякові, антибактеріальні, протизапальні середники. Адекватні мукорегулюючі препарати призначаються рідко. Між тим, використання мукоактивних препаратів при даному захворюванні має важливе значення. Ці препарати розріджують в'язкий, густий секрет, активізують моторику миготливого епітелію слухової труби. Подібний терапевтичний ефект надають муколітичні, секретомоторні і секретолітичні препарати. До мукомодифікаторів пред'являються 2 основні вимоги: 1) звільнення від патологічно зміненого секрету барабанної порожнини, який в ній знаходиться; 2) полегшення синтезу фізіологічного слизу, допомога реструктуризації слизової оболонки, яка забезпечує зміни секреції.

Значне місце в групі секретолітичних препаратів займають карбоцистеїни. Із препара-

тів на основі карбоцистеїнів в оториноларингології використовується «Флюдитек».

«Флюдитек» виробляється лабораторією «Іннотек інтернасіональ» (Франція). Він випускається у вигляді 2% і 5% сиропу. «Флюдитек» сприяє заміщенню патологічно зміненого слизу на слиз, що має фізіологічний склад і реологічні властивості. Він також відновлює секрецію активного імуноглобуліну А, потенціює діяльність війчастих клітин. «Флюдитек» є муколітиком і мукорегулятором. Крім розрідження слизу, цей препарат регулює його реологічні властивості, полегшує видалення слизу. «Флюдитек» значно знижує ризик надмірного розрідження секрету і погіршення мукоциліарного кліренсу, володіє помірною протизапальною дією і полегшує проникнення антибіотиків у секрет барабанної порожнини.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010рр. знаходилось 36 дітей віком від 6 до 16 років.

Діти були поділені на 2 групи: основну і контрольну. В основну групу входило 20 дітей, в контрольну – 16. Діти основної групи в комплексному лікуванні отримували мукорегулятор «Флюдитек» і загальноприйняте лікування. «Флюдитек» призначали досередини в залежності від віку дитини 3 рази на день, перед їдою, тривалістю від 3 до 10 днів.

Дітям віком від 6 до 12 років призначали 2% розчин цього препарату по 1 дозувальній скляночці, наповненій до відмітки 5 мл, на прийом, дітям від 12 до 16 років призначали 5% розчин препарату по одній дозувальній скляночці, наповненій до відмітки 15мл, на прийом. При досягненні лікувального ефекту дозу знижували до 10мл на прийом.

Алергійних реакцій, індивідуальної нестерпності при застосуванні «Флюдитеку» не спостерігалось.

Дітям контрольної групи проводили загальноприйняте лікування.

Критеріями оцінки ефективності «Флюдитеку» служила позитивна динаміка зміни клінічної симптоматики. Вона наставала уже до 5-7-го дня лікування. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав майже в два рази пізніше (до 10-12-го дня лікування).

Таким чином, отримані нами результати свідчать про те, що «Флюдитек» є ефективним препаратом в лікуванні хронічного секреторного отиту у дітей. При його застосуванні мукоциліарний транспорт нормалізується, відновлюється основна функція мукоциліарного апарату: захист слизової оболонки від зовнішніх патогенних агентів. Одержані нами результати застосування препарату «Флюдитек» в лікуванні хронічного секреторного отиту у дітей дають підставу рекомендувати його для впровадження в клінічну практику при лікуванні даної патології середнього вуха у дітей.

© Ю.М. Андрейчин, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, В.Г. Корицький, 2011

А. АНТОХИ, И. АНТОХИ, С. ВЕТРИЧАН, Е. ЦИВИРЕНКО, Э. ЧЕРНОЛЕВ, А. БАЖУРЕАНУ (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

МИРИНГОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «REGESAN» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Цель работы. Изучение регенеративных процессов в барабанной перепонке после использования препаратов «Regesan» и «Solcoseril»

Материалы и методы. Опыт проводился на 9 домашних кроликах весом в 3-3,5 кг. Животные были распределены на 3 группы: первая с использованием постоператорно препарата «Regesan», вторая – препарата «Solcoseril», в третьей – контрольной группе кроликов использовался крем Эритромицин.

«Regesan» – препарат, содержащий в своем составе прекурсоры прстагландинов, токоферолов, ненасыщенных жирных кислот, которые обладают цитопротекторными, регенеративными и антиоксидантными свойствами.

Гель «Solcoseril» представляет собой очищенный экстракт сыворотки теленка с трофическим и рубцующим действием, содержащий нуклеотиды, нуклеозиды, гликолипиды, аминокислоты, микроэлементы, электролиты, промежуточные продукты жирового и углеводного обмена. Ускоряет регенерацию ишемизированных тканей, синтез коллагена, эпителизацию ран.

Эритромицин – антибиотик, выделенный из Streptomyces erytreus, группа макролидов. Ингибирует синтез белков путем блокирования субъединиц 50S микроорганизмов.

Операции проводились в условиях Центральной Клинической Лаборатории Научных Исследований ГУМФ «Н. Тестемицану». Оперативные вмешательства выполнялись на фоне

внутривенного потенцирования (Калипсол 1-3 мг/кг) и местной инфильтративной анестезии с 1% лидокаином (ксилин) 5-6 мл.

После мирингопластики исследуемыми препаратами обрабатывался материал для фиксации барабанной перепонки и тампонады наружного слухового прохода.

С целью избежания инфицирования ран животных применялся Ретарпен 25000 ЕД/кг в/м в течении 7 дней. Послеоперационные раны обрабатывались раствором «Betadine».

Извлечение тампонов и снятие швов выполнялось через 7 дней.

Умертвление кроликов проводилось путем воздушной эмболии через 1-2 недели, 2-3 или 6 месяцев.

Результаты. Через 1-2 недели после выполнения мирингопластики морфологическая картина во всех 3 группах практически не отличалась. На 2-ой, на 3-ий день эксперимента появился отек и гистиолимфоцитарная инфильтрация тканей длительностью 8-9 дней. У первой группы – с использованием Regesan – данный процесс протекал менее выражено и завершался за 1-2 дня быстрее. В краевых зонах наблюдалось поражение эпителия, под тканевыми лоскутами – микрокровотечения и зачатки пролиферации грануляционной ткани. На 2-ой неделе опыта трансплантаты фиксированы к поверхности барабанной перепонки неодинаково, легко смещаемы и создают трудности в проведении гистологических исследований.

Через 4-5 недель после мирингопластики трансптанты хорошо прикреплены к фиброзному слою барабанной перепонки и фиксированы. Воспалительные процессы уменьшены. В тканях трансплантата заметна пролиферация грануляционной ткани с ее преобразованием в новообразованную соединительную ткань, частичная эпителизация наружной и внутренней поверхностей. Также отмечалось уменьшение микрогематом, выраженных в первые дни после операции. В первой группе – с применением Regesan – отек и воспаление минимальны или вообще не выявляются, целостность барабанной перепонки сохраняется с обеих сторон, в области фасциального лоскута барабанная перепонка покрыта эпителием и немного утоньшена. Во 2-ой и 3-ей группах трансплант из фасциального лоскута умеренно отечен, наблюдаются разрушение волокон соединительной ткани и маленькие очаги некроза, возможно вызванные трудностями оперативных манипуляций.

Изучение морфологии фасциальных трансплантов, полученных через 2-3 месяца после имплантации показало характерные изменения соединительной ткани. Во 2-ой группе – с использованием «Solcoseril» , и в 3-ей – с использованием Эритромицина – преобладает пролиферация соединительной ткани с очагами кальциноза и гиалиноза. В трансплантах 1-ой группы очевиден процесс пролиферации фибробластов барабанной перепонки в трансплант, с отсутствием кальциноза и гиалиноза. Во всех 3 группах патологических изменений со стороны улиткового протока, элементов внутреннего слухового прохода (вестибулярный узел, слуховой нерв) не обнаружилось.

Изучение морфологических препаратов, полученных через 6 месяцев после мирингопластики показало полное восстановление барабанной перепонки во всех исследуемых группах.

Выводы. 1. На основе полученных данных можно утверждать, что применение «Regesan» после мирингопластики с аутотрансплантом не вызывает его отек и гистиолимфоцитарную инфильтрацию. 2. Через 6 месяцев после операции с использованием «Regesan» в зонах анастомоза кальциноз и гиалиноз не развивается, – феномен, характерный для 2-ой и 3-ей групп, с использованием Solcoseril и Эритромицина. 3. Данный экспериментальный опыт на кроликах позволяет нам сделать вывод, что применение «Regesan»-а после мирингопластики стимулирует регенерацию соединительной ткани и полное вращение трансплантата в фиброзный слой барабанной перепонки.

© А. Антохи, И. Антохи, С. Ветричан, Е. Цивиренко, Э. Чернолев, А. Бажуреану, 2011

А. АНТОХИ, И. АНТОХИ, С. ВЕТРИЧАН, Е. ЦИВИРЕНКО, Э. ЧЕРНОЛЕВ, А. БАЖУРЕАНУ (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

АСПЕКТЫ ОТОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СОГЛАСНО ДАННЫМ НАШЕЙ КЛИНИКИ

Цель работы. Исследование клинических случаев с признаками внутричерепных отогенных осложнений.

Материалы и методы. Было произведено обследование 207 пациентов с отогенными осложнениями, которые прошли курс лечения

в Центральной Клинической Больнице Республики Молдова с 2000 по 2009 год. 76 пациентов в возрасте 15-30 лет; 89 в возрасте 31-45 лет; 42 пациента в возрасте 46-65 лет. 117 пациентов мужского пола, 90 – женского. Сельское население представляло 182 человека, городское – 25.

Результаты. Выявились следующие клинические формы осложнений:

- Отогенный мастоидит – 125
- Тромбоз внутренней яремной вены – 24
- Тромбоз латерального синуса – 36
- Абсцесс височной доли мозга – 15
- Абсцесс мозжечка – 7

Всем больным с отогенными осложнениями проводилось активное лечение. В случае острого отита проводилась антромастоидотомия, при менингите вскрывалась средняя черепная ямка, при необходимости выполняли парацентез. В случае хронического среднего отита (эпимезотимпанита, эпитимпанита) выполняли общеполостную операцию со вскрытием средней и задней черепных ямок. При абсцессе мозга абсцесс вскрывался крестообразным разрезом твердой мозговой оболочки. В случае тромбоза внутренней яремной вены последнюю выделяли и перевязывали.

Несмотря на проведенные лечебные мероприятия 23 больных скончалось. У 11 больных был диагностирован менингит, у 7 – гнойный менингоэнцефалит, у 3 – абсцесс височной доли мозга. У двоих диагностировали абсцесс мозжечка.

Выводы. 1.Отогенные осложнения являются одной из главных проблем в отоатрии и продолжает оставаться тяжелой и сложной патологией несмотря на развитие медицины и фармацевтики. 2. Согласно нашей статистике смертность вследствие внутричерепных отогенных осложнений составляет 11,1%, по сравнению с данными литературы – 12-35%. 3. Основным методом лечения отогенных осложнений является хирургический, – санация гнойного очага ушно-сосцевидной системы.

© А. Антохи, И. Антохи, С. Ветричан, Е. Цивиренко, Э. Чернолев, А. Бажуреану, 2011

А.И. БАРЦИХОВСКИЙ, В.В. КИЩУК, В.Г. ОРЛОВ, О.М. ЛИХИЦКИЙ, С.В. СКИЧКО (ВИННИЦА, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОХОНДРАЛЬНЫХ ПСЕВДОКИСТ УШНЫХ РАКОВИН ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТРАДИЦИОННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Эндохондральные псевдокисты ушных раковин достаточно редкое заболевание. Они характеризуются асимптоматическим невоспалительным эластически флюктуирующим утолщением в области ладьи ушной раковины с накоплением вязкой соломенно-желтоватой жидкости внутри полости хряща (Kopera D. et al., 2000). Затяжное течение при неадекватной терапии может осложниться деформацией ушной раковины (Lim C.M. et al., 2004; Pereira F.C. et al., 2003). Дифференциальную диагностику псевдокист необходимо проводить с: 1) заболеваниями воспалительного генеза (хондродерматит, рецидивирующий полихондрит, узелковый хондродерматит завитка, узелковый фасциит, хромомикоз); 2) опухолями (хондрома, хондросаркома, дермоидная киста, первичная внекостная цементо-оссифицирующая фиброма, фолликуло-себорейная кистозная гамартома, кератоакантома, злокачественная порома потовых желез); 3) травмами и их последствиями (гематома, келлоид, идиопатические эктопические оссификаты); 4) заболеваниями другого происхождения (кольцевидная гранулема ушной раковины, саркоидоз).

Этиология и патогенез эндохондральных псевдокист недостаточно ясны, однако их возникновение ассоциируется с рядом эндо- и экзогенных факторов, среди которых можно выделить: врожденную дисплазию с хронической микротравмой (Stankevice D. et al., 2009), внутриродовую микротравму (Borroni G. et al., 1991), зуд и расчесы при аллергических заболеваниях кожи (Schmitt F. et al., 2000; Devlin J. et al., 1990), контурную регенерацию хряща по наружной поверхности отогематомы (Schmitt F. et al., 2000).

С целью лечения эндохондральных псевдокист применяются разнообразные средства и методики: 1) аспирация содержимого псевдокисты шприцом (Schmitt F. et. Al., 2000) или специальным вакуумным аспиратором (Supiyaphun P. et al., 2001); 2) пункционная аспирация содержимого с последующим длительным сдавлением структур псевдокисты эластической повязкой (Paul A.Y. et al., 2001) или специальными сдавливающими швами (Ophir D. et al., 1991); 4) дренирование псевдокисты (Morales-Angulo C. et al., 1998) с длительным применением давящей повязки (Zhu L.X. et al., 1990); 4) «deroofing

technique» – хирургическое иссечение одной стенки псевдокисты (Kanotra S.P. et al., 2009). С целью ускорения резорбции жидкости и облитерации эндохондральной полости применяются различные препараты: изолированное системное применение кортикостероидов (Job A. et al., 1992); введение кортикостероидов в очаг (Kim T.Y. et al., 2009); введение в полость псевдокисты 50% трихлоруксусной кислоты (Cohen P.R. et al., 1991) и пр.

Клиническим примером течения эндохондральной псевдокисты ушной раковины резистентной к стандартному лечению может служить случай заболевания 61-летнего мужчины, у которого наблюдалось безболезненное, тугo-эластически флюктуирующее утолщение до 12 мм ладьевидной ямки правой ушной раковины более 1 мес. У больного наблюдается аллергия на новокаин и лидокаин. При пункционной биопсии получено до 2 мл вязкой желтоватой жидкости без признаков атипии. Повторные пункции с местным применением кортикостероидов и давящей повязки к излечению не привели – эндохондральная жидкость медленно реаккумулировалась, возможно, в связи с тем, что больной самостоятельно ослаблял давящую повязку.

Излечения удалось достигнуть путем хирургического вмешательства, которое состояло в рассечении псевдокисты по задней поверхности ушной раковины, иссечении задней стенки псевдокисты, кюретаже хряща передней стенки с ушиванием раны и дополнительным наложением 3-х матрацных швов с марлевой подложкой между кожей и швами. Швы сняты на 9-е сутки. Рецидивирования на протяжении 3-х месяцев не наблюдалось.

Таким образом, оптимальным лечением эндохондральных псевдокист ушных раковин при резистентности к традиционному лечению является модифицированная «deroofing technique» с применением сквозных матрацных швов с марлевой подложкой между кожей и швами.

© А.И. Барциховский, В.В. Кищук, В.Г. Орлов, О.М. Лихицкий, С.В. Скичко, 2011

В.А. БАШИНСЬКИЙ, І.М. ГОМЗА, Ю.М. АНДРЕЙЧИН, В.Г. КОРИЦЬКИЙ
(ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ СПРЕЮ ДЛЯ ГОРЛА «АКВА МАРІС» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

Хронічний фарингіт – це хронічне запалення слизової оболонки горла. Розрізняють хронічний катаральний, гіпертрофічний і атрофічний фарингіт. В дитячому віці частіше зустрічається хронічний катаральний фарингіт. Для лікування хронічного катарального фарингіту у дітей застосовуються полоскання горла, змазування горла лікарськими речовинами, аерозолі, електроаерозолі, лужні інгаляції, ультрафонофорез. У вітчизняній оториноларингології ми не знайшли відомостей про використання спрею для горла «АКВА МАРІС®» в лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей.

Ми застосували спрей для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей.

Спрей для горла «АКВА МАРІС®» – лікарський засіб на основі води Адріатичного моря з натуральними солями та мікроелементами. Препарат на основі стерильної морської води застосовується з лікувальною, профілактичною і гігієнічною метою для очищення, усунення подразнення та захисту слизової оболонки горла. Стерилізована гіпертонічна морська вода сприяє підтриманню нормального фізіологічного стану слизової оболонки порожнини горла, змиває віруси та бактерії зі слизової оболонки горла, сприяє підвищенню місцевого імунітету, має місцеву протизапальну дію (Р. А. Абизов і співавт., 2008).

Спрей для горла «АКВА МАРІС®» застосовується при гострих та хронічних запальних захворюваннях горла, для профілактики інфекцій в осінньо-зимовий період, в комплексній терапії гострих та хронічних тонзилітів, фарингітів, ларингітів. Призначається дорослим і дітям старше 3 років 4 – 6 разів на день по 3 – 4 упорскування на задню стінку горла. Курс лікування в середньому становить 1 – 1,5 тиж. Препарат може застосовуватись разом з іншими лікарськими засобами, що використовуються для лікування захворювань горла.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 18 дітей, хворих на хронічний катаральний фарингіт, віком від 14 до 18 років.

Діти скаржились на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу. Фарингоскопічно відмічались гіперемія і набряк слизової оболонки задньої стінки ротової частини

горла; слизова оболонка була вкрита в'язким слизово-гнійним виділенням.

Діти були поділені на 2 групи: основну і контрольну. В основну групу входило 10 дітей, в контрольну – 8. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання.

Діти основної групи одержували комплексне лікування: лужні і олійні інгаляції, змазування слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла 1% розчином йодгліцерину та застосування спрею «АКВА МАРІС®». Дітям контрольної групи призначались лужні і олійні інгаляції та змазування слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла 1% розчином йодгліцерину.

Спрей призначався дітям 4 рази на день по 2 – 3 упорскування на задню стінку ротової частини горла.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми та фарингоскопічна картина.

При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів фарингіту у дітей основної групи.

Скарги на відчуття стороннього тіла у горлі, виділення слизу у дітей, що приймали комплексне лікування та спрей для горла «АКВА МАРІС®», поступово зникли через 5 – 6 днів у 8 осіб. Решта 2 дітей відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла була без гіперемії і набряку, вільною від в'язких слизово-гнійних виділень. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав до 10 – 11-го дня лікування.

Стерпність спрею для горла «АКВА МАРІС®» у всіх дітей була доброю, алергійних реакцій та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування спрею для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей суттєво покращує їх самопочуття, значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Спрей для горла «АКВА МАРІС®» простий в застосуванні, добре переноситься хворими дітьми, системно не впливає на організм, застосовується разом з іншими лікарськими засобами для лікування хронічного катарального фарингіту, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для терапії дітей з вказаною патологією.

© В.А. Башинський, І.М. Гомза, Ю.М. Андрейчин, В.Г. Коріцький, 2011

С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, Б.А. КУЦЕНКО (ПОЛТАВА, УКРАЇНА)

ЕНДОМІКРОРИНОХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ДАКРІОЦИСТИТІВ

У загальній структурі очної патології запальні захворювання вертикального відділу сльозовідвідного тракту складають від 2 до 21,9%. Одним з проявів хронічного дакріоциститу є стійке порушення сльозовідвідної функції. Частіше вони бувають хронічні, але може мати гострий перебіг у вигляді флегмони сльозного міхура. При гострому перебігу дакріоцистіту в перші дні його лікування консервативне. А в стадії, коли запалення ущухло – лікування завжди хірургічне.

В етіології дакріоциститу відіграють роль багато факторів: професійні шкідливості, різкі коливання температури навколишнього середовища, захворювання носа й навколоносових пазух, травматичні ушкодження, зниження імунітету, висока вірулентність мікрофлори, цукровий діабет. Дакріоцистит найчастіше виникає внаслідок закупорки носослізної протоки, що виникає при запаленні його слизової оболонки. Іноді причиною порушення прохідності носослізної протоки буває ушкодження його при травмі, іноді – хірургічної (при пункції гайморової пазухи, гайморотомії). Але більшість авторів вважає, що основною причиною є порушення архітектоніки носа, до яких можна віднести гіпертрофічний, атрофічний, катаральний і вазомоторний риніти, викривлення носової перегородки, поліпозний риносинусит, травматичні ушкодження костей і м'яких тканин носа з порушенням носового дихання, пухлини носа і навколоносових пазух і т.д.

Дакріоцисториностомія (ДЦРС) традиційно здійснюється з використанням зовнішнього доступу. Однак поширення ендомікровідеохірургії дозволило застосувати ендоназальний підхід, який характеризується функціональною спрямованістю та ощадливостю та косметичністю.

Для проведення ендоназальної ДЦРС нами використовувались ригідні оптичні ендоскопи Hopkins II з набором мікрохірургічних інструментів для ендоназальної хірургії фірми «KARL STORZ» та хірургічні бори.

Всього нами було обстежено 63 хворих на хронічний дакріоцистит віком від 23 до 68 років. Всім хворим було проведено дослідження прохідності сльозних шляхів, контрастна рентгенографія сльозного мішка, ендомікрориноскопія, дослідження мукоциліарного транспорту. Комп'ютерну томографію порожнини носа, навколоносових пазух і зони сльозного мішка слід виконувати у коронарній та аксіальній проекції із кроком сканування в ділянці переднього кінця середньої носової раковини – 2 мм, в інших анатомічних зонах – близько 5 мм. Виявлено, що у 48 осіб (78,2%) мали місце різноманітні морфофункціональні порушення внутрішньоносових структур. Тому, при виконанні ДЦРС за Вестом, цим пацієнтам одномоментно проводились відповідні ендоназальні операції з метою усунення виявлених порушень (септум-операції, парціальні конхотомії і т.і.).

В післяопераційному періоді досліджуваній групі хворих (32 пацієнти) в порожнину носа в ділянку штучно створеного співустя встановлювали тампони Merocel. При наявності нагнійного процесу в сльозному мішку, пацієнтам призначались назальні антибактеріальні спреї. Для інтраопераційних ускладнень найбільш характерними, за нашими клінічними спостереженнями, були кровотечі, які уповільнювали проведення втручання, але загрозливого характеру не мали. До пізніх ускладнень ДЦРС насамперед відноситься утворення синехій порожнини носа та рубцева обтурація слізовідвідних шляхів.

Таким чином, сучасна хірургічна тактика (з використанням мікрохірургічного інструментарію, ендоскопічної оптики, хірургічних борів, нових синтетичних матеріалів і т. ін.) сприяє найбільш швидкому та фізіологічному відновленню функції сльозовідведення.

© С.Б. Безшапочний, Б.А. Куценко, 2011

С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, Т.О. КРЮЧКО, М.С. ЛЯШЕНКО (ПОЛТАВА, УКРАЇНА)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТОНЗИЛІТІВ У ДІТЕЙ

Проблема хронічного тонзиліту в дитячому віці обумовлена значною поширеністю, частим порушенням загального розвитку дитини, формуванням системних ускладнень та порушенням порога соціальної адаптації.

Метою нашої роботи була оцінка ефективності тонзилотрена в пацієнтів із хронічним компенсованим (ХКТ), декомпенсованим (ХДТ) тонзилітом і тонзилокардіальним синдромом (ТКС), що проводилася в рамках мультицентрового рандомізованного клінічного дослідження в 6 клінічних центрах України. Спостереження здійснювалося спільно педіатром і оториноларингологом за 143 пацієнтами у віці від 6 до 18 років. Критеріями оцінки були: динаміка загальних і місцевих симптомів, показники ЕКГ і ЕхоКГ, частота й ступінь важкості рецидивів ангін і ГРВІ протягом 1,5 роки.

По тактиці лікування пацієнти були розподілені на групи – основна (одержувала тонзилотрен по 1 табл. три рази на день, протягом 60 днів трьома курсами, починаючи з 1; 180±5; 360±5 днів) і контрольна група. Дітям обох груп проводилося промивання лакун піднебінних мигдаликів 0,02% р-ном фурациліну в сполученні з ультразвуковим впливом, трьома курсами по 10 днів.

Результати дослідження показують, що в дітей із ХКТ на фоні лікування тонзилотреном сумарний бал загальних симптомів захворювання знижувався в 2 рази ($p<0,01$), у контрольній групі динаміка показника була менш інтенсивною, хоча також достовірною ($p<0,05$). У хворих ХДТ, показник вірогідно зменшувався в 3 рази – на тлі комплексної терапії і майже в 1,5 рази – у контрольній групі. У контрольній групі дітей із ТКС практично не відзначалося поліпшення по загальних симптомах, у той час як в основній групі реєстрували достовірне зниження сумарного індексу в 2 рази ($p<0,01$). Такі місцеві симптоми тонзиліту як казеозний детрит на момент закінчення дослідження в 10 разів рідше відзначався в основній групі дітей із ХКТ і ХДТ; стовщення, розпушеність і склерозування мигдаликів відповідно – в 2 рази рідше й прояви регіонарного лімфаденіту – більш ніж в 3 рази рідше, ніж у групі порівняння ($p<0,01$).

Результати дослідження дозволили виявити достовірне поліпшення по кардіальним симптомам в основній групі дітей з ХДТ і функціональною міокардіопатією. Поряд зі зменшенням частоти кардіалгій та перебоїв у роботі серця реєстрували позитивну динаміку змін на ЕКГ: в 2 рази рідше в основній групі у порівнянні з контрольною діагностували порушення

провідності, подовження інтервалу P-Q, деформацію комплексу QRS, зубця T.

Переносимість тонзилотрену у всіх пацієнтів була гарною, не відзначено побічних ефектів і небажаних явищ.

Результати дослідження показують позитивну динаміку симптомів захворювання у дітей на фоні лікування тонзилотреном, що дозволяє профілактувати рецидиви ангін і попереджати формування кардіальних ускладнень.

© С.Б. Безшапочний, Т.О. Крючко, М.С. Ляшенко, 2011

С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, Б.А. КУЦЕНКО, А.В. БІЛОНОГ (ПОЛТАВА, УКРАЇНА)

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРИХ І ХРОНІЧНИХ ЛАРИНГІТІВ У ОСІБ ГОЛОСОВИХ ПРОФЕСІЙ

Проблема гострих та хронічних ларингітів продовжує залишатись нагальним питанням в роботі лікарів-отоларингологів. Особливо це питання гостро постає в осінньо-весняний період. Однією з актуальних проблем сучасної фоніатрії є лікування осіб мовної професії із захворюваннями голосового апарата. За даними Ю.С. Василенко (1971), ця патологія в людей, що мають підвищене мовне навантаження, спостерігається в 21,7% випадків. Також до несприятливих факторів відносять досить значну запиленість аудиторій та звичку більшості викладачів дихати через рот під час читання лекцій, що призводить до пересихання слизової оболонки та потрапляння неочищеного повітря до нижніх дихальних шляхів.

За останній час на фармацевтичному ринку України з'явилось багато препаратів з показаннями для лікування проявів ларингіту. Але жоден препарат не дозволяє досягти значущих успіхів у лікуванні та профілактиці загострень захворювання.

При вивченні сучасного фармакологічного ринку нашу увагу привернули досить нові препарати, що виготовлено на основі ісландського моху – «Ісла-Моос» та «Ісла-Мінт», виробник – компанія Енгельгард Арцнайміттель, Німеччина. Властивості цих препаратів документально зареєстровані в ході доклінічних та клінічних досліджень, а саме – мукопротективний та протизапальний ефекти, протимікробна та імуномодулююча активність. Ці препарати мають досить потужну терапевтичну дію завдяки рослинному екстракту Cetraria islandica (ісландський мох), що доведено результатами наукових досліджень (Kempe, 1997, M. Hecker, A. Völp, 2004)

При запаленні слизових оболонок дихальних шляхів та глотки «Ісла-Мінт» та «Ісла-Моос» діють подібно бальзаму – зволожують і пом'якшують слизову оболонку, усувають запалення, захищають від інфекцій і прискорюють одужання. Ефект цих препаратів полягає в зменшенні подразнення і захисті слизової оболонки завдяки лишайниковим глюканам, а саме, ліхеніну та ізолехініну. Їх вміст в Cetraria islandica досягає 50%. Ці речовини утворюють на запаленій слизовій оболонці захисну плівочку і, тим самим, захищають її від дії шкідливих зовнішніх факторів і різного виду подразників (приміщення з сухим, гарячим та забрудненим повітрям).

Ці препарати застосовуються при підвищеному навантаженні на голосові зв'язки у дорослих (вчителі, співаки) і дітей, а також з лікувально-профілактичною метою при вірусних інфекціях.

Тому метою нашого дослідження було обрано вивчення впливу препаратів «Ісла – Моос» та «Ісла – Мінт», виготовлених на основі ісландського моху на перебіг гострих та хронічних ларингітів у осіб голосових професій, а також вплив спрямований на зменшення кількості рецидивів.

Нами було обстежено 49 пацієнтів голосових професій, які являються викладачами ВУЗів та шкіл. У всіх хворих відзначалися підвищена втомлюваність голосу, зменшення сили звучання голосу, звуження діапазону, періодична засиплість голосу, неприємні відчуття в області гортані й трахеї у вигляді печіння, першіння, бажання відкашлятися.

Вік пацієнтів був від 23 до 57 років, співвідношення за статтю складало 39 жінок та 10 чоловіків. При об'єктивному обстеженні виявлено ознаки хронічного атрофічного ларингіту у 32 осіб, загострення хронічного катарального ларингіту у 11 осіб (помірна гіперемія та незначне потовщення голосових складок), гострого катарального ларингіту – у 5 осіб, вузлики співаків – у 2 осіб. Тривалість захворювання була від 5 днів до 5 років і вище.

Методами обстеження було обрано непряму ларингоскопію та пряму ендомікроларингоскопію. Всі пацієнти, незалежно від віку,

статі та форми ларингіту були розподілені на дві групи (25 та 24 чоловік відповідно).

В першій групі застосовувався «Ісла-Мінт», а в другій – «Ісла-Моос» в якості мототерапії. Добова доза препарату складала 6-8 пастилок. Термін, протягом якого пацієнти застосовували препарати, склав для обох груп – 3 місяці. Обов'язковим, для всіх пацієнтів, було дотримання голосового режиму протягом перших 3 – 5 діб.

Під час лікування переважна більшість пацієнтів першої групи – 18 чоловік (72%) та другої – 19 чоловік (79,2%) на 2-3-ю добу відмічала значне покращення стану, за рахунок відсутності або зменшення вираженості осиплості голосу, сухості та відчуття першіння. При ларингоскопічному обстеженні на 3-ю, 5-у та 7-у добу у пацієнтів з гострим ларингітом визначалось поступове зменшення вираженості об'єктивної симптоматики, до повного одужання на 7 – 10 добу. У пацієнтів з атрофічними формами ларингітів спостерігалось значне поліпшення самопочуття та наявність достовірно позитивної динаміки при ларингоскопічному обстеженні. У пацієнтів з початковими проявами вузликів співаків динаміки не спостерігалось.

Після затихання клінічних проявів загострення, пацієнти продовжували застосовувати призначені препарати перед та після голосового навантаження, терміном до трьох місяців. Під час спостереження контролювались суб'єктивні симптоми та об'єктивні ознаки при ларингоскопії. За зазначений термін було відмічено 2 епізоди загострення хронічного катарального ларингіту (по одному в кожній групі пацієнтів), а також повторне посилення відчуття сухості та першіння в гортані з появою засиплості голосу у 2 пацієнтів першої та трьох пацієнтів другої групи.

Таким чином, стає можливим стверджувати про позитивний вплив препаратів на основі ісландського моху «Ісла-Моос» та «Ісла-Мінт» на перебіг гострих та загострення хронічних ларингітів, а також про істотний профілактичний ефект у осіб голосових професій, що дає змогу рекомендувати ці препарати викладачам, дикторам, лекторам перед та після голосових навантажень.

© С.Б. Безшапочний, Б.А. Куценко, А.В. Білоног, 2011

С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, В.В. ЛОБУРЕЦЬ, БЕН ХАССІН МОХАМЕД АЛІ
(ПОЛТАВА, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ФРОНТОТОМІЙ

В структурі гострих та хронічних риносинуситів фронтит складає близько 25%, його перебіг значно важчий, ніж запалення інших навколоносових пазух. Недостатні дренування та вентиляція лобної пазухи можуть бути обумовленими вузькістю природного отвору, наявністю додаткових ґратчастих клітин, викривленням переділки носа що сприяє переходу гострого фронтиту в хронічний. Нерідко при фронтиті виникає необхідність надання екстреної допомоги, тому що він може призводити до розвитку важких внутрішньочерепних або орбітальних ускладнень.

Традиційні хірургічні методи лікування не завжди приводять до задовільних функціональних результатів. З впровадженням у клінічну практику ендоскопічних технологій, погляди на питання діагностики та лікування цих захворювань істотно змінились.

Усього нами було проведено лікування 45 хворих на гострі та хронічні форми фронтиту. На діагностичному етапі крім загальноклінічних методів дослідження, усім хворим застосовувалася комп'ютерна томографія або МРТ навколоносових пазух, що дозволяє визначити наявність ексудату в пазусі, набряк тканин, кісткову деструкцію, мінімальні зміни остіомеатального комплексу, виявити наявність аномалій чи особливостей варіантів будови, що є істотним чинником для передопераційної оцінки.

Метою дослідження було з'ясування стану остіомеатального комплексу, лобної кишені, передньої групи клітин ґратчастого лабіринту у хворих на рецидивуючі та хронічні форми фронтиту.

Традиційно методи діагностики та лікування хворих на гострі та хронічні фронтити у більшості випадків включали застосування інвазивних методик: екстраназальної фронтотомії. При цьому пошкодження ділянки дренажного отвору з боку лобної пазухи в більшості випадків призводило до його рубцювання.

Усім досліджуваним хворим проведено ретельний аналіз даних КТ та МРТ, оптична ЛОР-ендоскопія. При проведенні ендоскопії

досліджувалися всі особливості будови остіомеатального комплексу і, особливо, лобної кишені.

Застосовувалися ендоскопи з 00, 300, 450 та 700 кутом зору. При виявленні патологічних утворень – грануляцій, поліпів, кіст, додаткових патологічно розташованих клітин ґратчастого лабіринту, проводилось їх видалення. Слизова оболонка, у тому числі й набрякла, максимально зберігалася. Після візуалізації дренажного отвору пазухи в нього обережно вводився зонд-провідник. По зонду у лобну пазуху вводилася дренажна трубка діаметром близько 0,2 см. Як провідник і дренаж ми використовували стандартний набір для катетеризації підключичної вени.

Серед досліджуваних хворих (45 пацієнтів) у 14 відмічався гострий фронтит, у 23 – хронічний, і у 8 – стан загострення після попередньо проведених фронтотомій за традиційними методиками.

В 4-х випадках паралельно з ендоназальним втручанням було проведено ощадливу екстраназальну фронтотомію (за Скоробогатим В.В.). В цих випадках природний отвір фронтального синусу не дозволяв маніпулювати у віддалених ділянках.

Для запобігання розвитку запального процесу і для забезпечення м'якого судинозвужувального ефекту в порожнині носа в післяопераційному періоді робили його зрошення деконгестантами та сольовими ризчинами. Серед додаткових методик застосовували дослідження мукоциліарного кліренсу порожнини носа та повітряного потоку. Середня тривалість перебування дренажної трубки регламентувалася відновленням дренажної функції вивідного отвору пазухи і складала близько 5 днів.

Спостереження у динаміці показали високу ефективність дренування лобної пазухи через природний вивідний отвір. У хворих із проведеною радикально фронтотомією завдяки застосуванню ефективної медикаментозної терапії не спостерігалося вираженого рубцювання штучного співустя.

© С.Б. Безшапочний, В.В. Лобурець, Бен Хассін Мохамед Алі, 2011

С.Б. БЕЗШАПОЧНИЙ, Н.Б. СОННІК, О.Г. ПОДОВЖНІЙ (ПОЛТАВА, УКРАЇНА)

ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ АДЕНОЇДИТІВ У ДІТЕЙ

В дитячій оториноларингології проблема захворювань лімфаденоїдного глоткового кільця є однією з найбільш актуальних. Патологія мигдаликів в значній мірі є причиною респіраторної захворюваності у дітей, особливо дошкільного віку. При цьому найчастіше зустрічається ураження глоткового мигдалика (ГМ) – біля 50% всіх ЛОР-захворювань у віці від 1 року до 7.

Анатомічна локалізація ГМ суттєво утруднює візуальну оцінку аденоїдних вегетацій, що негативно впливає на своєчасність діагностики та лікування. Профілактика даної патології дуже важлива, так як хронічний аденоїди має значний вплив на формування назофарінгеальної та назобронхіальної обструкції.

Збільшення ГМ напряму пов'язано з імунодефіцитом, який проявляється компенсаторним збільшенням лімфоїдних утворень.

Нашу увагу привернули натуральні препарати, які нормалізують нейроендокринні порушення й імунологічний дисбаланс на локальному та загальному рівні захворювання. Ми зупинились на використанні натурального комплексного препарату, який відновлює захисну функцію мигдаликів – «Тонзилотрен» та натуральному комплексному препарату, який був створений для лікування риносинуситів – «Цинабсин».

Дослідження проводилось на базі дитячого ЛОР відділення.

Матеріали та методи дослідження: 120 дітей у віці від 3 до 12 років з діагнозом: аденоїдит. Залежно від медикаментозної терапії пацієнти були розділені на 4 групи по 30 чоловік:

1. Курс тонзилотрену + протизапальна терапія.
2. Курс цинабсину + протизапальна терапія.
3. Курс тонзилотрен + цинабсин + протизапальна терапія.
4. Курс протизапальної терапії.

Групи були співставленні за віком та перебігом захворювання. Вивчалася клінічна динаміка симптомів хронічного аденоїдиту та динаміка ендоскопічних ознак у пацієнтів з аденоїдитами на фоні медикаментозної терапії (набряк), виділення, розмір ГМ, взаємовідношення з хоанами та співустями слухових труб на початок захворювання, на 14 і 30 добу. Препарат Тонзилотрен призначали по 8 таблеток на добу 2 доби, а потім по 1 таблетці

3 рази на добу до 30 діб. Цинабсин 1 таблетка 6 разів на добу 2 доби, а потім по 1 таблетці 3 рази на добу до 30 діб.

На 30 добу дослідження сума балів симптомів хронічного аденоїдиту знизилася у групі дітей, які приймали тонзилотрен на 76,7%, у групі лікування цинабсином на 74%, у групі, що приймала комплекс цинабсина + тонзилотрен – на 90,8%.У той час, як у групі контролю – на 35,5%.

На 30-у добу дослідження сума балів ендоскопічних ознак у пацієнтів з аденоїдитами: 1 – знизилась відповідно на 74,28%; 2 – на 70,5%; 3 – на 86,33%; 4 – на 17,39%.

На 30-у добу дослідження ступінь вираженості гіпертрофії глоткового мигдалика за даними ендоскопії достовірно змінилася в 1,2,3 рази групі в порівнянні з групою контролю.

Таким чином, дослідження ефективності препаратів Цинабсин і Тонзилотрен у комплексному лікуванні аденоїдитів, особливо при призначенні їх комбінації. Тонзилотрен і Цинабсин добре переносилися пацієнтами, побічних ефектів не зареєстровано. Отже, використання в комплексній терапії цих препаратів дозволяє зменшити клінічні прояви захворювання, а в ряді випадків обійтися без оперативного лікування.

© С.Б. Безшапочний, Н.Б. Соннік, О.Г. Подовжній, 2011

И.П. БЕРДНИКОВА, М.Ю. БОБОШКО, Н.В. МАЛЬЦЕВА
(САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Хроническая сенсоневральная тугоухость является самой распространенной формой нарушения слуха, лечение которой направлено лишь на стабилизацию патологического процесса. Компенсация слуховой функции больных с такой формой тугоухости возможна только с помощью электроакустической коррекции слуха. Однако очень часто слуховой аппарат (СА) не оправдывает возложенных на него ожиданий. Это связано не только с неправильным подбором и настройкой СА, но и с индивидуальными особенностями слухового восприятия слабослышащего пациента. Чтобы увеличить эффективность слухопротезирования, необходимо, кроме пороговой тональной аудиометрии, проведение целого комплекса дополнительных исследований слуховой функции.

Стандартная речевая аудиометрия полезна как для установления максимально допустимого и комфортного уровней усиления в СА, так и для контроля за эффективностью проведенного слухопротезирования. Но для прогнозирования эффективности слухопротезирования более информативны специальные методы речевой аудиометрии, использующиеся в диагностике центральных нарушений слуха. К таким методам можно отнести исследование чередующейся бинауральной речью (ЧБР) При нарушении в центральных отделах, когда страдает функция синтеза речевого сигнала, слухопротезирование будет эффективным лишь в условиях слушания последовательно предъявляемой речевой информации при отсутствии помех, о чем необходимо заранее проинформировать пациента.

В процессе ношения СА нередко наблюдается усугубление, а в ряде случаев – появление тубарных расстройств, поэтому перед слухопротезированием должно быть обязательно проведено тестирование барофункции слуховой трубы, и при выявлении ее дисфункции показано проведение специальной терапии.

В настоящее время существует много различных процедур подбора слуховых аппаратов. Однако разброс рекомендуемых значений акустического усиления достаточно велик, особенно на низких частотах, что не дает уверенности в адекватности выполняемой коррекции слуховой функции. Необходим точный расчет уровней акустического усиления в низкочастотной зоне на основе индивидуально определяемых значений остаточной маскировки, вызывающей ухудшение разборчивости речи. В норме остаточная маскировка возрастает по мере увеличения интенсивности маскера. В случаях сенсоневральной тугоухости характер изменений этого показателя непредсказуем. При отсутствии специальной аппаратуры для измерения остаточной маскировки регулировку низкочастотного усиления необходимо проводить под контролем речевой аудиометрии.

Таким образом, для подбора слухового аппарата можно предложить следующую схему обследования:

1. Проведение пороговой тональной аудиометрии с определением динамического

диапазона громкости на основных речевых частотах.
2. Проведение стандартной речевой аудиометрии в целях выбора оптимальных параметров усиления и для установления стороны протезирования (в случае симметричной тугоухости).
3. Диагностика состояния центральных отделов слуховой системы с использованием методов сенсибилизированной речевой аудиометрии для прогнозирования эффективности слухопротезирования.
4. Исследование функционального состояния слуховых труб. При прочих равных условиях следует протезировать ухо с лучшей проходимостью трубы.
5. Измерение параметров остаточной маскировки для точного определения допустимых низкочастотных значений акустического усиления.

© И.П. Бердникова, М.Ю. Бобошко, Н.В. Мальцева, 2011

Д.В. БЕРЕГОВИЙ, О.В. СТАХІВ, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.В. ГОВДА, Л.В. ЯШАН, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ, В.А. ЛЕВЧУК
(ВОЛОЧИСЬК, ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ, КРЕМЕНЕЦЬ, УКРАЇНА)

СПРЕЙ ДЛЯ ГОРЛА «АКВА МАРІС» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ФАРИНГІТУ У ДОРОСЛИХ

Хронічний фарингіт – поширене захворювання. Понад 30% пацієнтів, які звертаються в ЛОР-кабінети поліклінік, страждають на хронічний фарингіт різних форм (В.Д. Драгомирецький, Д.І. Заболотний, 1999). Розрізняють 3 форми хронічного фарингіту: катаральну, гіпертрофічну та атрофічну. Найбільш легко перебігає хронічний катаральний фарингіт. Лікування хронічного катарального фарингіту місцеве. Це – лужні розчини у вигляді інгаляцій, зрошень, полоскань, протизапальні розчини (5% розчин альбуциду натрію, 2,5% розчин норсульфазолу та ін.). У вітчизняній оториноларингології відсутні відомості про використання спрею для горла «АКВА МАРІС®» в лікуванні хронічного катарального фарингіту.

Ми застосували спрей для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих.

Спрей для горла «АКВА МАРІС®» – лікарський засіб на основі води Адріатичного моря з натуральними солями та мікроелементами. Препарат на основі стерильної морської води застосовується з лікувальною, профілактичною і гігієнічною метою для очищення, усунення подразнення та захисту слизової оболонки горла. Стерилізована гіпертонічна морська вода сприяє підтриманню нормального фізіологічного стану слизової оболонки горла, змиває віруси і бактерії зі слизової оболонки горла, сприяє підвищенню місцевого імунітету, має місцеву протизапальну дію (Р.А. Абизов і співавт., 2008). Спрей для горла «АКВА МАРІС®» застосовується при гострих і хронічних запальних захворюваннях горла, для профілактики інфекцій в осінньо-зимовий період, в комплексній терапії гострих та хронічних тонзилітів, фарингітів, ларингітів. Призначається дорослим і дітям старше 3 років 4-6 разів на день по 3-4 упорскування на задню стінку горла. Курс лікуваня становить 1-1,5 тиж. Препарат може застосовуватись разом з іншими лікарськими засобами, що використовуються для лікування захворювань горла.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 20 хворих на хронічний катаральний фарингіт віком від 23 до 48 років. У 4 пацієнтів мало місце загострення фарингіту, у решти 16 осіб фарингіт був в стадії ремісії.

Хворі скаржились на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу. При фарингоскопії відмічались гіперемія і набряк слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла; слизова оболонка була вкрита в'язким слизово-гнійним виділенням.

Пацієнти були поділені на 2 групи: основну (10 хворих) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Хворі основної групи одержували комплексне лікування: лужні та олійні інгаляції, змазування слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла 1% розчином йодгліцерину та застосування спрею «АКВА МАРІС®». Пацієнтам контрольної групи призначались лужні і олійні інгаляції та змазування слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла 1% розчином йодгліцерину.

Спрей призначався хворим 4-5 разів на день по 2-3 упорскування на задню стінку ротової частини горла.

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 відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу у хворих, що приймали комплексне лікування та спрей для горла «АКВА МАРІС®», поступово зникли через 5-6 днів у більшості (7) осіб. Решта 3 пацієнти відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. У хворих з загостренням процесу покращення стану відбувалось на 3-4-й день після початку комплексного лікування.

Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: при загостренні зникала гіперемія і набряк слизової оболонки, при хронічних процесах в стадії ремісії слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла виявилась вільною від в'язких слизово-гнійних виділень. У хворих контрольної групи позитивний ефект наставав майже у 2 рази пізніше (до 10-11 дня лікування).

Алергійних реакцій, індивідуальної нестерпності та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодного хворого.

Таким чином, застосування спрею для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих суттєво покращує самопочуття хворих, значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Спрей для горла «АКВА МАРІС®» простий в застосуванні, добре переноситься хворими, системно не впливає на організм, застосовується разом з іншими лікарськими засобами для лікування хронічного катарального фарингіту, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для терапії пацієнтів з вказаною патологією.

© *Д.В. Береговий, О.В. Стахів, Г.С. Протасевич, О.В. Говда, Л.В. Яшан, Р.Т. Чортківський, В.А. Левчук, 2011*

В.В. БЕРЕЗНЮК, А.В. ЗАЙЦЕВ, Д.В. ЛЫЩЕНКО, Н.Ф. МОСЕНЦЕВ, А.К. МОРГАЧЕВА, Н.В. ЛАМЗА (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТОГЕННЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ

В течение многих десятилетий проблема отогенных внутричерепных осложнений была одной из ведущих в оториноларингологии. Прогноз заболевания в значительной степени зависит от характера осложнения и своевременно начатого лечения.

Наиболее частым внутричерепным осложнением отита является отогенный менингоэнцефалит (ОМЭ). Именно лечебная тактика при ОМЭ в последние десятилетия была подвержена наиболее существенному пересмотру. Это стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику современных методов динамического контроля за состоянием внутричерепных структур – компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ), а так же появления новых антибиотиков широкого спектра действия.

Ранее считалось, что основным этиологическим фактором ОМЭ является хронический отит, частота которого достигала 80% (Г.А. Гаджимирзаев, 1999; С.А. Павленко и соавт., 2006). Однако проанализировав публикации последних лет (Т.В. Почуева, 2010; Г.И. Гарюк и соавт., 2010), а также собственные наблюдения (А.В. Зайцев, В.В. Березнюк, 2006), мы выявили тенденцию к возрастанию роли острого отита, как причинного фактора в развитии ОМЭ. На наш взгляд, это объясняется неэффективностью или неадекватностью антимикробной терапии острых отитов в связи с появлением мультирезистентных штаммов микроорганизмов, а также проводимой в последние годы активной хирургической санацией хронических отитов, снизившей их роль в развитии ОВЧО. Так, за 10 лет (2001-2010 гг.) в отделении микрохирургии уха Днепропетровской областной клинической больницы им. И. Мечникова было прооперировано 772 взрослых пациента с хроническим эпитимпано-антральным гнойным средним отитом (Н66.2).

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 48 пациентов с отогенным менингоэнцефалитом, лечившихся в ЛОР-клинике и отделении реанимации гнойно-септического профиля Днепропетровской областной клинической больницы им. И. Мечникова с 2006 по 2010 год. Среди наблюдавшихся было 28 (58,3%) мужчин – и 20 (41,7%) женщин в возрасте от 22 до 77 лет. Наибольшую группу – 27 (56,3%) составили пациенты среднего возраста от 41 до 60 лет. Во всех случаях отогенным осложнением был менингит или менингоэнцефалит. Острый отит являлся

причиной ОВЧО в 34 случаях (70,8%), хронический – в 14 (29,2%).

В случаях, когда ОМЭ возникал на фоне острого воспаления среднего уха, мы придерживались консервативно-выжидательной тактики, которая предусматривала проведение массивнной антибактериальной терапии с использованием 2-3 антибиотиков широкого спектра действия, дезинтоксикационной терапии, коррекции гомеостаза и метаболизма. Объем хирургического вмешательства у таких больных ограничивался парацентезом барабанной перепонки, который имел не только диагностическую ценность, но и оказывал санирующее действие. Ежедневно проводилось динамическое наблюдение за состоянием пациента и при отсутствии положительной динамики в течение 2-3 суток выполнялось оперативное вмешательство в объеме расширенной антромастоидотомии с обязательным вскрытием и ревизией средней и задней черепных ямок. Такой же объём вмешательства проводился при сочетании ОМЭ с острым мастоидитом (согласно «Протокола оказания помощи больным с острым мастоидитом»).

Сочетание ОМЭ с хроническим эпитимпано-антральным гнойным средним отитом являлось безусловным показанием к хирургическому вмешательству, объем которого определялся характером воспалительного процесса в ухе и корригировался в ходе операции с учетом операционных находок. Наиболее часто выполнялась расширенная аттикоантротомия со вскрытием средней и задней черепных ямок.

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, летальность при ОМЭ оставалась достаточно высокой – 6 умерших (12,5%). Дальнейшее снижение этого показателя может быть достигнуто через проведение комплекса мероприятий, включающих улучшение отиатрической помощи больным на всех уровнях, а так же более раннего поступления пациентов в стационар и начала их лечения.

Таким образом, проблема ОМЭ не утратила своей актуальности до настоящего времени. Успешное ее решение может быть достигнуто проведением комплекса мероприятий организационного плана, а также внедрением в клиническую практику высокотехнологичных методов обследования пациентов (КТ, МРТ) и применением нового поколения антибиотиков широкого спектра действия.

© *В.В. Березнюк, А.В. Зайцев, Д.В. Лыщенко, Н.Ф. Мосенцев, А.К. Моргачева, Н.В. Ламза, 2011*

В.В. БЕРЕЗНЮК, О.Е. ЛАМЗА, В.В. МАТЮНКА, М.В. ТАРАН
(ДНЕПРОПЕТРВОСК, УКРАИНА)

СОЧЕТАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА И ПОСТНАЗАЛЬНОГО СИНДРОМА КАК ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ

Заложенность носа одна из самых распространенных жалоб на первичном приеме у врача отоларинголога. Часто эту жалобу сопровождает ощущение стекания слизи в носоглотку. При объективном осмотре определяются деформации носовой перегородки различных типов по R. Mladina и различной степени, а так же увеличение носовых раковин. Осматривая носоглотку, удается увидеть стекание слизи по задней стенке глотки, вызывающее реактивную гиперемию ее, или гипертрофию боковых валиков.

Обычно в план лечения этих больных входит хирургическая коррекция внутриносовых структур направленная на восстановление носового дыхания. Наше внимание привлекла проблема рецидивов заложенности носа после таких операций через несколько лет. При этом состояние носовой перегородки не может объяснить причину рецидива заложенности носа. По нашему мнению именно за счет увеличения носовых раковин развивается рецидив затруднения носового дыхания в отдаленном послеоперационном периоде. Подтверждают это предположение Myrthe K.S. Hot и Egbert H. Huzing (2001), которые через год после вмешательства на нижних носовых раковинах в 37,4% случаев отмечали рецидив заложенности носа.

Одной из возможных причин неудачного лечения является неправильная диагностика причины увеличения носовых раковин в объеме и соответственно тактика лечения. Нередко таким пациентам необоснованно устанавливается диагноз вазомоторного ринита. Это не удивительно, поскольку врач наблюдает у пациента уве-

личенные в объеме раковины, а явные признаки синусита совершенно себя никак не проявляют.

Рецидивирование заложенности носа после операции на нижних носовых раковинах является результатом недооценки состояния околоносовых пазух. Малая выраженность объективных признаков латентно протекающего синусита, выход на первый план жалоб характерных для других заболеваний носа и глотки приводит к тому, что в амбулаторной практике синусит ошибочно подменяется диагнозом «вазомоторный ринит», «хронический фарингит».

Анализируя результаты общеклинических методов обследования, мы обратили внимание на несоответствие данных компьютерной томографии и сочетания жалоб пациентов с эндоскопической картиной полости носа. Эта ситуация согласуется с мнением западных ринологов (Duncavage et al., Kenny et al., 2001; Hwang et al., 2003) о невысокой специфичности компьютерной томографии пазух, особенно при диагностике этмоидитов. В тоже время они указывают на высокую корреляцию степени выраженности симптомов со степенью выраженности синусита на томографии.

Несовершенство диагностики приводит к снижению эффективности лечения.

Цель исследования:

1. Разработать показания для функционального хирургического вмешательства на околоносовых пазухах у больных с заложенностью носа сочетающейся с постназальным синдромом.
2. Провести сравнительную оценку консервативного лечения с дренированием околоносовых пазух, коррекции внутриносовых структур и коррекции внутриносовых структур с функциональной хирургией околоносовых пазух у больных с заложенностью носа и постназальным синдромом.

Материалы и методы.

С 2005 по 2010 годы в ОКБ имени Мечникова проведено обследование и лечение 129 больных, которым при госпитализации был установлен диагноз искривление носовой перегородки, вазомоторный ринит, гипертрофия носовых раковин, протекавшая на фоне воспалительного поражения придаточных пазух носа. Все в течение длительного периода времени пользовались сосудосуживающими каплями.

У 67 пациентов проведена КТ околоносовых пазух. У 80 больных выполнена термография лица. Проводился стандартный осмотр полости носа и осмотр задних отделов полости носа с использованием ригидных эндоскопов.

Пациенты разбиты на три группы. Первая группа включает в себя 31 пациента, которым проводилась только септопластика и пластика нижних носовых раковин. Вторая группа состояла из 67 больных, которым в план хирургического вмешательства включена микроревизия клеток решетчатого лабиринта. При наличии патологического содержимого в них производилось вскрытие пазух. Третья группа обследуемых получала консервативную терапию и дренирование околоносовых пазух по поводу заложенности носа и стекания слизи по задней стенке носоглотки.

Оценивались показатели носового дыхания по данным пикфлоуметрии, жалобы пациентов. Динамика и воспалительных явлений полости носа оценивалась по анализу содержания эпителиальных клеток и лейкоцитов в мазках-отпечатках со слизистой носа до и после лечения. Оценивался мукоциллиарный клиренс до и после лечения.

Период наблюдения оперированных больных составил от одного до пяти лет.

Результаты.

До лечения 67 больным с жалобами на стекание слизи по задней стенке глотки была проведена компьютерная томография околоносовых пазух. В 74.1% случаев патологии ППН не было обнаружено. У всех пациентов при термографии области лица были получены данные, указывающие на повышенную теплоотдачу в проекции придаточных пазух носа. У всех пациентов эти изменения соответствовали проекции клеток решетчатого лабиринта (область внутреннего угла глазницы). При сравнении с лицами, не предъявлявшими жалоб на заложенность носа, в указанной области лица не отмечалось участков повышенной теплоотдачи.

При анализе мазков отпечатков со слизистой оболочки полости носа выявлено повышение содержания лейкоцитов и эпителия, а также смещение pH в кислую сторону, что является показателем воспалительного процесса.

При осмотре полости носа у обследуемых пациентов, кроме искривления носовой перегородки различной степени выраженности, были обнаружены участки гипертрофии нижней и заднего конца средней носовых раковин. В носоглотке часто обнаруживалось различное количество слизистого или слизисто-гнойного отделяемого.

В послеоперационном периоде проведено сравнение субъективной оценки состояния функции носа пациентами и лабораторных показателей, отражающих динамику воспалительных изменений полости носа, и его функциональное состояние.

Наиболее стойкие положительные результаты получены у пациентов, которым в план лечения кроме восстановления нормальной архитектоники полости носа проводилось вскрытие околоносовых пазух. Результаты консервативного лечения и коррекции внутриносовых структур имели позитивный, но менее стойкий результат по данным длительного послеоперационного наблюдения.

Вывод.

У больных с заложенностью носа сочетающейся с постназальным синдромом, наличием участков гипертрофии носовых раковин, кроме коррекции внутриносовых структур целесообразно проводить микроревизию клеток решетчатого лабиринта. В случае обнаружения патологических изменений в них показано вскрытие пораженных околоносовых пазух.

© *В.В. Березнюк, О.Е. Ламза, В.В. Матюнка, М.В. Таран, 2011*

В.В. БЕРЕЗНЮК, Я.Б. СОКОЛЕНКО, Е.В. САПРОНОВА, Е.А. ЛИТОВЧЕНКО, Л.А. ЧИГРИНА (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КЛИНОВИДНЫХ ПАЗУХАХ

На сегодняшний момент накоплен большой опыт эндоназальной хирургии клиновидных пазух. Диагностика патологических процессов селлярной области стала возможна в связи с широким внедрением компьютерной и магниторезонансной томографии. Увеличение количества хирургических вмешательств и длительности периода послеоперационного наблюдения накапливает и опыт неудовлетворительных результатов лечения. Это ставит перед отоларингологами задачу усовершенствования методов хирургических вмешательств на клиновидной пазухе, поскольку нередко встречаются послеоперационные атрофические и рубцовые процессы в полости носа снижающие качество жизни пациента.

Цель работы

Провести анализ эффективности усовершенствованного трассептального хирургического вмешательства на клиновидных пазухах в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы:

Исследовались результаты хирургического метода при транссептальном доступе к клиновидной пазухе, разработанного в нашей клинике. При этом методе выполняется разрез слизистой оболочки, надхрящницы и хряща в переднем отделе перегородки носа с правой стороны с переходом разреза на дно полости носа. Формируется правый нижний туннель. Через этот же разрез осуществляется переход на левую сторону хряща с созданием общего туннеля слева (из левого верхнего и левого нижнего). При этом сохраняется связь хрящевого отдела носовой перегородки с надхрящницей с правой стороны, что позволит уменьшить травматизацию тканей и оптимизировать процессы заживления в послеоперационном периоде, без ущерба для визуализации клиновидной пазухи.

Сравнительный анализ проводился у 81 пациента, которые были разбиты на две подгруппы: основную и группу сравнения. В основную группу входил 31 пациент (38,3%), которым хирургический доступ выполнялся по усовершенствованной методике. Группа сравнения составила 50 пациентов (61,7%), прооперированных общепринятыми методами.

Результаты:

У тридцати одного пациента, прооперированных по усовершенствованной методике транссептального доступа к клиновидной пазухе, перфорация носовой перегородки (размер до 10 мм) выявлена у 1 (3,2%). Двое больных (6,4%) предъявляли жалобы на сухость слизистой полости носа и скопление корок. Они находились под наблюдением в течение года, им периодически выполнялся туалет полости носа, а также назначались масляные капли в нос. Синехии отмечены у 2 больных (6,4%), которые были рассечены в первые месяцы после операции и не влияли на носовое дыхание. Двенадцать (38,7%) в раннем послеоперационном периоде (до 2-4 месяцев) периодически испытывали сухость в носу, что требовало кратковременного интраназального назначения масляных капель.

Из 50 пациентов прооперированных по общепринятой методике, перфорации носовой перегородки были отмечены у 9 (18%) человек. Эти пациенты наблюдались нами в течение 3-5 лет и периодически получали курс консервативного лечения. Тридцать два (64%) пациента предъявляли жалобы на сухость и скопления корок в полости носа, им проводился аспирационный туалет полости носа и назначались масляные капли. Под наблюдением находились

в течение 3-5 лет. Синехии между носовой перегородкой и носовыми раковинами отмечены у 6-и больных (12%),и были рассечены в первые месяцы после операции и в дальнейшем не влияли на носовое дыхание.

Кроме того, среди группы прооперированных транссептальным доступом под нашим наблюдением находилось 17 (20,9%) пациентов с рецидивами опухолей селлярной локализации. Ранее им в нашей клинике удаление опухоли выполнялось трансназальным доступом. Пятерым из них (29,4%) был выполнен стандартный транссептальный доступ к клиновидной пазухе. Двенадцати пациентам (70,6%) во время первой операции был выполнен модифицированный транссептальный доступ. Рецидив опухоли наступил в сроки от двух до пяти лет.

При осмотре пятерых пациентов перенесших в первый раз оперативное вмешательство по традиционной методике, у 3 из них были обнаружены перфорации носовой перегородки (у одного в хрящевом отделе и у двоих в костном). Также у троих отмечены синехии между нижней носовой раковиной и носовой перегородкой. При осмотре полости носа 12 пациентов первично прооперированных по усовершенствованной методике: носовые ходы были широкими, носовая перегородка по средней линии, слизистая оболочка имела розовый цвет, местами с белесоватым оттенком, без налетов. Носовые раковины и носовые ходы сохраняли нормальную архитектонику. В группе обследуемых пациентов не отмечалось случаев перфораций носовой перегородки. Также не было обнаружено синехий. Все пациенты отмечали удовлетворительное носовое дыхание.

Выводы:

1.Усовершенствованная методика хирургического транссептального доступа к клиновидным пазухам, позволила уменьшить в 5,6 раз количество перфораций носовой перегородки в отдаленном послеоперационном периоде и сохранить нормальные функциональные показатели слизистой оболочки полости носа у 90,3% пациентов.

2.Усовершенствованная методика транссептального доступа к клиновидной пазухе (по данным реопераций) позволяет уменьшить образование стойких перфораций перегородки, а также сохраняет важные анатомические ориентиры полости носа, что позволяет сократить время реоперации, и создает возможность правильного ориентирования при выполнении нейрохирургического этапа.

© *В.В. Березнюк, Я.Б. Соколенко, Е.В. Сапронова, Е.А. Литовченко, Л.А. Чигрина, 2011*

В.В. БЕРЕЗНЮК, С.Н. ТЫМЧУК, А.В. КОВТУНЕНКО, Е.В. КУЛАКОВА, Д.В. БЕРЕЗНЮК (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ В АСПЕКТЕ ФОНОВЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

В научных работах последних лет описаны клинические, морфологические и иммунологические особенности рака, которые влияют на эффективность лечения и прогноз заболевания, но недостаточно освещены вопросы предопухолевой патологии и начала болезни, не определена их информативность и взаимосвязь для освещения вопросов онкологической настороженности и возможности использования этой информации для активных профилактических мероприятий. Ранняя диагностика злокачественных новообразований представляет определенные трудности в связи со сходством начальных проявлений заболеваний с доброкачественными опухолями, воспалительными и другими патологическими процессами, но является главнейшим условием в борьбе с раковым процессом.

На ранних стадиях онкологическое заболевание трудно распознается, но успешно лечится; напротив, диагностировать опухоль на поздней стадии гораздо проще, но эффективность лечения при этом резко снижается и прогноз становится значительно менее благоприятным.

Нам представилось обоснованным провести анализ результатов обследования и лечения данных нозологических форм в ЛОР онкологическом отделении Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова за три года (2008-2010гг.).

За данный период получили стационарное лечение 2523 пациента. 384 пациента (15,2%) поступали в стационар с диагнозами: хронического заболевания, подозрения на опухолевый процесс, новообразования; т.е. у врачей при направлении и госпитализации не было клинической уверенности в опухолевом процессе. Данный факт обусловлен многообразием предопухолевой патологии и маскировкой начальных стадий злокачественной опухоли.

При анализе локализации процесса получены следующие данные: патология гортани 129 пациентов (33,6%), ротовой части глотки 99 (25,8%),нос,придаточныепазухиноса75(19,5%), гортанной части глотки 36 (9,4%), носовая часть глотки 27 (7,0%), шеи 12 (3,1%), уха 6 (1,6%).

После проведенного обследования и лечения данной группы пациентов всем установлен диагноз с морфологическим подтверждением и получены следующие данные. Плоскоклеточный рак установлен у 97 пациентов (25,3%), различные варианты хронического воспаления у 125 (32,6%), доброкачественные опухоли у 162 (42,2%).

Клинические наблюдения свидетельствуют, что возникновению злокачественных опухолей, как правило, предшествуют длительно протекающие хронические процессы, сопровождающиеся гиперпластическими и неопластическими изменениями тканей. Диагностика предопухолевых заболеваний и ранних форм злокачественных опухолей базируется на правильно собранном анамнезе жизни, тщательном анализе предъявляемых жалоб, вредных привычек, особенностей производственной деятельности в настоящем и прошлом. Единственный достоверный критерий в установлении диагноза это гистологическое исследование. Данное исследование необходимо обязательно проводить при всех сомнительных ситуациях и действовать решительно. Команда специалистов отоларинголога и морфолога является ключевой и решающей, в диагностике и лечении опухолей верхних дыхательных путей.

Особенность, сложность и разнообразие опухолевой патологии верхних дыхательных путей, значимость этой области с функциональной и эстетической точек зрения определяют необходимость постоянной онкологической настороженности врачей у группы пациентов с хроническими заболеваниями которые являются фоновыми в онкологии.

Реальным направлением профилактики злокачественных опухолей является лечение предопухолевых заболеваний, а также устранение факторов, имеющих ведущее значение в развитии как предопухолевых заболеваний, так и самих опухолей.

© *В.В. Березнюк, С.Н. Тымчук, А.В. Ковтуненко, Е.В. Кулакова, Д.В. Березнюк, 2011*

В.В. БОГДАНОВ, А.Г. БАЛАБАНЦЕВ, В.П. ИГНАТЕНКО, Л.Д. ШЕВЦОВА, В.А. КРАСНИКОВ, В.П. КАЛИНКИН, И.О. КОШЕВОЙ (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ОСТЕОМЫ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Периодическое выявление длительно бессимптомно протекающих гигантских остеом лобной пазухи при разрушении наружной и внутренней стенок пазухи всегда ставит перед хирургом ряд кардинальных вопросов: 1. оперировать или не оперировать? – конечно – да (если позволяет состояние пациента); 2. Удалять полностью или частично? – конечно полностью (если не возникнет непредвиденных осложнений); 3. Как завершить операцию, чтобы добиться максимального восстановления разрушенных анатомических структур и восполнения косметического дефекта? Простейшее решение этого вопроса – укрыть послеоперационный дефект местными мягкими тканями, – не может удовлетворить ни пациента, ни хирурга. Мы, столкнувшись с этой проблемой, успешно использовали комбинированную пластику послеоперационного дефекта лобной кости: полость п/о дефекта заполнили губчатой аутокостью и порошком «Синтекость», а дефект передней стенки закрыли сетчатым титановым имплантом.

Приводим собственное наблюдение. Больной Ш. 27 лет находился на лечении с 18.10.10 по 10.11.10 г в ЛОР-отделении КРУ «КБ им. Н.А. Семашко» с диагнозом: Гигантская остеома лобной пазухи. На повторных КТ выявлено разрушение передней, орбитальной и задней стенок лобной пазухи. После дообследования и консультации смежных специалистов 26.10.10г. произведено удаление остеомы. Использован операционный доступ по Прейсингу. Установлено, что остеома разрушила нижнюю стенку лобной пазухи слева (пролабирует в орбиту) и около 2/3 передней стенки. Удалить остеому удалось по частям (путем распиливания и кускования). В результате кроме обширного (около 9х см) дефекта передней стенки, образовался значительный дефект задней стенки пазухи (около 5х4 см). Твердая мозговая оболочка (ТМО) не повреждена. Сосуды на ТМО коагулированы. Справа вход в лобно-носовой канал узкий, щелевидный, слева – широкий (1х1 см). Слизистая оболочка со стенок канала завернута внутрь, а во вход

плотно вставлен отмоделированный фрагмент передней стенки лобной пазухи. Образованная полость заполнена измельченной губчатой костью из гребня подвздошной кости с 20 г порошка «Синтекость». Снаружи послеоперационный дефект закрыт отмоделированной сетчатой титановой пластиной, которая фиксирована к краям костного дефекта минивинтами. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, противовоспалительная, симптоматическая терапия, местно – орошение полости носа аэрозолями антибиотика. В течение 5 дней отмечались сукровичные выделения из левой половины носа. Подкожная серома в объеме 5 мл выше операционного шва удалена однократной пункцией. Послеоперационный разрез зажил первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациент выписан на амбулаторное долечивание 10.11.10 г. За прошедшее время перенес гнойный гайморит (лечился амбулаторно пункционным способом). В настоящее время состояние удовлетворительное. Беспокоит ощущение онемения мягких тканей в области лба. Косметический результат операции хороший.

Таким образом, использованная нами комнированная пластика послеоперационного дефекта после удаления гигантской остеомы лобной пазухи позволила успешно облитерировать полость пазухи и получить хороший косметический эффект. Проведение подобных операций требует тщательной продуманной предоперационной подготовки и объединения усилий специалистов различного профиля: отоларингологов, нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов, окулистов, анестезиологов, рентгенологов и др.

Только работа в команде позволяет добиться успеха!

© *В.В. Богданов, А.Г. Балабанцев, В.П. Игнатенко, Л.Д. Шевцова, В.А. Красников, В.П. Калинкин, И.О. Кошевой, 2011*

В.В. БОГДАНОВ, А.Г. БАЛАБАНЦЕВ, В.А. КРАСНИКОВ, А.В. ЛОГАСЮК
(СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ – ПОЛЕ СОТРУДНИЧЕСТВА ИЛИ ЯБЛОКО РАЗДОРА?

Проблеме одонтогенных гайморитов (ОГ), стоящей на стыке двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии, посвящено большое количество публикаций. Несмотря на значительный прогресс стоматологической помощи населению, число больных ОГ не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту. Заболевание возникает, как правило, у лиц с хорошей пневматизацией верхнечелюстных пазух при несвоевременной некачественной санации полости рта. По данным различных авторов частота ОГ колеблется от 1 до 60%. Такая разноречивость данных объясняется следующим:

а) очаги хронической одонтогенной инфекции, а также гранулемы, кисты и др. патологические процессы зубочелюстной области не всегда удается установить при визуальном осмотре полости рта;

б) очаги одонтогенной инфекции могут быть сопутствующими при риногенных формах синуситов и усугублять их течение;в) к моменту осмотра полость рта уже может быть санирована;

г) недостаточное внимание отоларингологов к состоянию полости рта.

А.А. Тимофеев (2004) разделил гаймориты на одонтогенные, риногенные и смешанные. Исходя из положения, что большинство населения имеет те или иные внутриносовые проблемы, следует вывод, что смешанные (рино-одонтогенные) формы гайморитов должны (и занимают на самом деле) лидирующее положение.

Анализ работы отделений оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии за последние 5 лет, показывает, что общее количество пролеченных пациентов по поводу ОГ постепенно снижается. Количество классических операций на верхнечелюстной пазухе в отделении челюстно-лицевой хирургии снизилось с 78 до 65, тогда как в ЛОР-отделении выросло с 16 до 32 (причем в основном за счет эндоскопических операций).

Продолжает сохраняться сложившаяся практика госпитализации пациентов в отделение челюстно-лицевой хирургии в основном только для оперативного лечения, тогда как в ЛОР-отделении пациентам проводится весь комплекс консервативного лечения, всестороннего обследования и уточнение диагноза. В большинстве случаев такой подход позволяет снять обострение процесса, локализовать этиологические факторы, провести санацию причинных очагов (с привлечением стоматологов и челюстно-лицевых хирургов) и коррекцию

Ч/Л хирургия	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
Гайморит:	17	14	17	11	6
острый хронический перфоративный	47	47	35	35	37
	31	43	44	33	34
ВСЕГО	95	110	96	79	65
Гайморотомия	78	83	72	76	65
ЛОР					
Гайморит: хронический	262	289	234	211	205
Гайморотомия	16	16	35	38	32

внутриносовых причин синусита. С появлением эндоскопической техники возможности щадящих вмешательств на верхнечелюстных пазухах значительно расширились (удаление инородных тел, кист и т.д.).

Анализ происходящих тенденций во взглядах на этиологию и патогенез ОГ; расширение диагностических и лечебных возможностей позволяет сделать оптимистический вывод, что мы стали относиться к лечению этой нозологической формы более щадяще. Приоритет в этих прогрессивных тенденциях безусловно принадлежит отоларингологам. Однако обойтись без квалифицированной помощи стоматологов и челюстно-лицевых хирургов по известным причинам не представляется возможным. Поэтому, по нашему обоюдному мнению, следует прекратить «борьбу за пациентов», объединить усилия в повышении качества диагностики и в разработке новых максимально щадящих методов лечения ОГ с использованием современных достижений наших родственных специальностей.

© *В.В. Богданов, А.Г. Балабанцев, В.А. Красников, А.В. Логасюк, 2011*

К.Г. БОГДАНОВ, Е.А. КРАВЦОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИРИНГОПЛАСТИКИ ПЕРИХОНДРИАЛЬНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Проблеме одонтогенных гайморитов (ОГ), стоящей на стыке двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии, посвящено большое количество публикаций. Несмотря на значительный прогресс стоматологической помощи населению, число больных ОГ не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту. Заболевание возникает, как правило, у лиц с хорошей пневматизацией верхнечелюстных пазух при несвоевременной некачественной санации полости рта. По данным различных авторов частота ОГ колеблется от 1 до 60%. Такая разноречивость данных объясняется следующим:

а) очаги хронической одонтогенной инфекции, а также гранулемы, кисты и др. патологические процессы зубочелюстной области не всегда удается установить при визуальном осмотре полости рта;

б) очаги одонтогенной инфекции могут быть сопутствующими при риногенных формах синуситов и усугублять их течение;

в) к моменту осмотра полость рта уже может быть санирована;

г) недостаточное внимание отоларингологов к состоянию полости рта.

А.А. Тимофеев (2004) разделил гаймориты на одонтогенные, риногенные и смешанные. Исходя из положения, что большинство населения имеет те или иные внутриносовые проблемы, следует вывод, что смешанные (рино-одонтогенные) формы гайморитов должны (и занимают на самом деле) лидирующее положение.

Анализ работы отделений оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии за последние 5 лет, показывает, что общее количество пролеченных пациентов по поводу ОГ постепенно снижается. Количество классических операций на верхнечелюстной пазухе в отделении челюстно-лицевой хирургии снизилось с 78 до 65, тогда как в ЛОР-отделении выросло с 16 до 32 (причем в основном за счет эндоскопических операций).

Продолжает сохраняться сложившаяся практика госпитализации пациентов в отделение челюстно-лицевой хирургии в основном только для оперативного лечения, тогда как в ЛОР-отделении пациентам проводится весь комплекс консервативного лечения, всестороннего обследования и уточнение диагноза. В большинстве случаев такой подход позволяет снять обострение процесса, локализовать этиологические факторы, провести санацию причинных очагов (с привлечением стоматологов и челюстно-лицевых хирургов) и коррекцию

© *К.Г. Богданов, Е.А. Кравцова, 2011*

К.Г. БОГДАНОВ, И.К. ТАГУНОВА, О.П. ПОШАРНИКОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФУРОКСИМА АКСЕТИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ

Рациональная антибактериальная терапия – базисная составляющая лечения острого бактериального тонзиллита в детском возрасте. Выбор безопасного адекватного антибиотика широкого спектра действия является залогом успеха лечения – быстрого купирования симптомов, надёжной эрадикации возбудителя и предупреждения развития осложнений

Под нашим наблюдением находилось 65 детей в возрасте от 5 до 15 лет, мальчиков и девочек, с острым бактериальным тонзиллитом. Всем им в качестве антибактериальной составляющей лечения был назначен цефуроксима аксетил (Зиннат™) в возрастной дозировке. Курс лечения составил 5 дней. У всех обследованных наблюдалась быстрая регрессия как общих, так и местных симптомов заболевания. В результате наблюдения в течении 12 недель после терапии цефуроксима аксетилом, не зарегистрировано ни одного случая развития ревматической лихорадки или гломерулонефрита.

Считаем возможным рекомендовать данный препарат как базисный антибиотик для лечения острого бактериального тонзиллита у детей.

ZNNT/10/UA/08.04.2011/4840

Печатается при поддержке компании «ГлаксоСмитКляйн Фармасьютикалс Украина»

© *К.Г. Богданов, И.К. Тагунова, О.П. Пошарникова, 2011*

К.Г. БОГДАНОВ, И.К. ТАГУНОВА, О.П. ПОШАРНИКОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В детском возрасте среди заболеваний ЛОР-органов ведущая роль принадлежит аденоидным вегетациям. Персистирующие в аденоидной ткани патогенные бактерии и вирусы способствуют развитию воспалительных процессов непосредственно в носоглотке, полости носа и околоносовых пазухах, а также распространению инфекции на среднее ухо. Несмотря на разнообразие медикаментозных и иных способов лечения аденоидита, вопрос повышения эффективности его лечения остаётся весьма актуальным. За период с 2009 по 2010 г. под нашим наблюдением находилось 80 детей дошкольного и младшего школьного возраста (38 мальчиков и 42 девочки) с хроническим аденоидитом. Диагноз аденоидита ставился на основании анамнеза и эндоскопического исследования полости носа и носоглотки гибким эндоскопом (фиброринофаринголарингоскоп фирмы «OLYMPUS», диаметр 4,6 мм). Критериями исключения из исследования были: аллергический анамнез (бронхиальная астма, поллиноз, нейродермит и т.д.); наличие искривления носовой перегородки; гипертрофический ринит; гипертрофия небных миндалин 3 степени и хронический тонзиллит. При эндоскопическом исследовании полости носа оценивали следующие признаки: наличие отека слизистой оболочки, характер секрета и его локализацию. При эндоскопии носоглотки определяли размер глоточной миндалины, взаимоотношение с хоанами и устьями слуховых труб, характер патологического отделяемого на ее поверхности. Результат оценивали по 4-х балльной системе: 0 – нет; 1 – выражено незначительно; 2 – выражено умеренно; 3 – выражено значительно.

В зависимости от использовавшейся схемы медикаментозного лечения пациенты были разделены на 4 группы по 20 человек. В каждой группе базисной терапией был носовой душ солевым раствором и топические стероиды (ТС) в виде назального спрея. Во второй группе дополнительно использовался муколитик растительного происхождения – Синупрет, в третьей – комплексный гомеопатический препарат Асинис, действие которого обусловлено входящими в него компонентами, в четвёртой – оба эти препарата в возрастных дозировках и согласно рекомендованным схемам.

1-я группа: Носовой душ + ТС

2-я группа: Носовой душ + ТС + Синупрет

3-я группа: Носовой душ + ТС + Асинис

4-я группа: Носовой душ + ТС + Синупрет + Асинис

В процессе лечения положительные результаты отмечены у всех 80 пациентов. Каких-либо побочных эффектов и осложнений зафиксировано не было. По окончании терапии все больные отмечали улучшение носового дыхания, уменьшение выделений из носа, снижение интенсивности кашля, храпа и гнусавости. Статистический анализ результатов субъективной оценки показал, что в течение первой недели от начала лечения динамика изменения носового дыхания была примерно одинаковой во всех группах ($p>0,05$). Однако к 10-12 дню в четвертой группе показатели носового дыхания были значительно лучше, чем в первых трёх ($p<0,001$). Существенной разницы в аналогичных показателях второй и третьей группы отмечено не было ($p>0,05$). Эндоскопические исследования носоглотки также продемонстрировали более стойкий результат у больных четвёртой группы – к концу четвёртой недели от начала лечения степень гипертрофии глоточной миндалины в этой группе была наименьшей.

Выводы:

сочетанное применение Синупрета и Асиниса на фоне носового душа и топических стероидов у детей с хроническим аденоидитом является эффективным; быстро нормализует носовое дыхание у больного ребёнка, а также оказывает достаточно стойкий терапевтический эффект, что даёт основания рекомендовать данную схему лечения к использованию в практике детского отоларинголога.

© *К.Г. Богданов, И.К. Тагунова, О.П. Пошарникова, 2011*

Т.В. БОГДАНОВИЧ, С.К. ЗАЇКА, В.О. КОНЮШНЯК, Д.І. ЛІТУН (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДОСВІД СЛУХОМОВЛЕННЄВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ БІЛАТЕРАЛЬНО ІМПЛАНТОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Становлення інклюзивної освіти є важливим фактором стійкого розвитку суспільства, який передбачає можливість навчання всіх без винятку дітей, в тому числі з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього навчального закладу, пристосування навчального середовища та освітнього процесу до потреб кожної дитини.

Протягом всього часу роботи Центр слухомовленнєвої реабілітації (ЦСР) НВП «ВАБОС» працював в умовах «стихійної» інклюзії, так як 72,5% наших пацієнтів шкільного віку навчаються в загальноосвітніх навчальних закладах.

ЦСР НВП «ВАБОС» виконує роль Ресурсного центру інклюзивного навчання дітей з порушеннями слуху та надає інформаційну і методичну підтримку пацієнтам, їх батькам (членам сім'ї), адміністрації школи та вчителям, які їх навчають. Останньою тенденцією розвитку Центру є проведення дистанційної підтримки пацієнтів та фахівців, що їх супроводжують за місцем проживання (он-лайн консультування та дистанційна настройка слухових апаратів та звукових процесорів систем кохлеарної імплантації (СКІ) реалізується на базі апаратно-програмного комплексу «Живий звук»)

Характерними рисами технології слухомовленнєвої (ре)абілітації є:

- індивідуальне планування розвитку навичок кожного пацієнта,
- відстеження динаміки розвитку навичок та відповідна корекція індивідуальних планів,
- залучення до процесу (ре)абілітації батьків з обов'язковим навчанням їх самих або членів сім'ї.

На даний час в Центрі слухомовленнєвої реабілітації НВП «ВАБОС» курс комплексної (ре)абілітації проходять 147 осіб з порушенням слуху. З них 143 пацієнти проімплантовані кохлеарними системами, 4 – використовують слуховий апарат ВАНА кісткового проведення. Вік пацієнтів Центру становить від 5 місяців до 75 років. Група долінгвальних пацієнтів складає

89%, відповідно, решта – група постлінгвальних пацієнтів (11%).

Слухомовленнєва технологія (ре)абілітації спрямована на:

- компенсацію втрати слуху та розвиток слухового сприймання до рівня вільного володіння слуховою функцією в складних акустичних ситуаціях
- забезпечення доступу звукової інформації до слухового центру кори головного мозку в ранньому віці створює фізіологічну основу розвитку природного мовлення
- невимушене володіння слуховою функцією дозволяє засвоювати інформацію про навколишнє в усіх без винятку життєвих ситуаціях і створює передумови для успішного навчання в загальноосвітній школі.

Необхідною умовою природного покращення слухової функції у пацієнтів з КІ є залучення механізмів бінаурального слуху шляхом бімодальної чи білатеральної стимуляції. На сьогодні, 12 пацієнтів ЦСР проімплантовані двома системами кохлеарної имплантації. З них один пацієнт був одначасно проімплантований системами Cochlear Nucleus 5, 9 пацієнтів проімплантовані послідовно двома системами кохлеарної імплантації з проміжком від 3 місяців до 3 років 8 місяців.

Програма комплексної (ре)абілітації білатерально протезованих пацієнтів відрізняється від програми (ре)абілітації пацієнтів протезованих однією системою імплантації. Для пацієнта стають досяжними якісно нові слухові навички, що відпрацьовуються на заняттях в більш складних акустичних умовах та з більшою кількість ситуацій спілкування. Крім того, потребує перегляду і технологія проведення настройок звукових процесорів. У процесі білатерального налаштування пацієнт повинен показувати пороги сприйняття і комфорту при слуханні лівим і правим звуковим процесором окремо, вміти порівнювати звуки по гучності на обох процесорах. При налаштування другого (нового) процесора потрібно враховувати вже набуті навички та особливості використання пацієнтом старого процесора.

Кількісно оцінити ефект від білатеральних кохлеарних імплантацій на сьогодні ще досить важко через короткий термін реабілітації. Але у всіх білатерально імплантованих пацієнтів безперечно спостерігається покращення сприймання мовлення в складних акустичних ситуаціях (в умовах шуму, реверберації), суттєво покращується можливість локалізувати звук у просторі та підвищується динаміка розвитку мовленнєвих навичок.

© *Т.В. Богданович, С.К. Заїка, В.О. Конюшняк, Д.І. Літун, 2011*

Д.С. БОЕНКО, С.Б. АЛЕКСЕЕВ, Н.А. ГЛАДКОВА, С.И. ЗУРНАДЖИ
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ГАЙМОРИТАМИ

Лечении перфоративных одонтогенных гайморитов отличается рядом особенностей.

Целью нашего исследования являлась разработка методов эндоскопического хирургического лечения больных с перфоративными формами одонтогенных гайморитов.

Материалы и методы. Нами в 2009-2010 гг. в Донецком ринологическом центре наблюдалось 78 больных одонтогенным гайморитом. Мужчин было 37 (47,4%), женщин – 41 (52,6%). Возраст больных колебался от 18 до 70 лет.

Лечение пациентов начинали с санации полости рта или удаления «причинного» зуба. Одновременно пораженную пазуху дренировали и промывали её растворами антисептиков и вводили в полость зинацеф или фортум. Внутрь назначали антибиотики, секретолитики, в полость носа – декогенсанты в аэрозоле, увлажняющие средства (aqua maris или но-соль) и биопарокс.

Оперативному лечению подвергнуто 72 (92,3%) больных. Все вмешательства выполнялись под внутривенной атаралгезией с управляемой гипотонией и местной анестезией.

Операцию начинали с экстракции «причинного» зуба, если он не был удален ранее. После этого с помощью оригинального троакара (Д.С. Боенко, 2000) выполняли микрогайморотомию, во время которой осматривали верхнечелюстную пазуху, особое внимание уделяя альвеолярному отростку и зоне естественного соустья. При наличии полипов, кист, инородных тел (костных отломков, корней зубов, пломбировочного материала) производили их удаление. При сужении максиллярного соустья его расширяли кзади со стороны пазухи.

Если во время удаления «причинного зуба» возникала ороантральная фистула, старались избежать даже такого щадящего вме-

шательства, как микрогайморотомия. При этом у 23 (31,9%) больных с помощью эндориноскопа осматривали фистулу, а затем костной ложечкой удаляли размягчённую кость из её просвета. Канал фистулы в это время расширялся и через него в полость синуса вводили эндориноскоп, осматривали пазуху и выполняли её санацию, а при необходимости и коррекцию внутриносовых структур. Операцию завершал стоматолог пластикой оро-антральной фистулы.

С целью профилактики возможных осложнений в послеоперационном периоде использовали зубодесневые капы, разработанные по нашей методике. Под капу в области лоскута укладывали дентальную пасту «солкосерил». Капу удаляли на 3-4 сутки.

Полученные результаты и их обсуждение. Временное нарушение чувствительности слизистой оболочки преддверия рта имело место у 6 (8,3%) пациентов. Рецидивов заболевания не отмечено. Сроки пребывания больных в стационаре составили 3-5 суток.

Ороантральные фистулы заживали без дефекта кости альвеолярной дуги к 6-7 дню после операции, что особенно важно при необходимости дальнейшего протезирования и дентальной имплантации.

Выводы.

1. Оперативное лечение больных одонтогенным гайморитом должно осуществлятся совместными усилиями отоларинголога и челюстно-лицевого хирурга.
2. Разработанная нами схема лечения больных с одонтогенным перфоративным гайморитом заслуживает дальнейшего внедрения в специализированных лечебных учреждениях Украины.

© *Д.С. Боенко, С.Б. Алексеев, Н.А. Гладкова, С.И. Зурнаджи, 2011*

С.К. БОЕНКО, Д.С. БОЕНКО, З.Т. КЛИМОВ, И.А. ТАЛАЛАЕНКО, А.А. МИНАЕВ
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

В последние годы установлено, что внутриносовые структуры играют важную роль в патогенезе дакриоцистита (Д.А. Бобров 2002, Г.З. Пискунов 2006, С.К. Боенко и др. 2009)..

Целью нашей работы являлся анализ аномалий строения и патологии внутриносовых структур и определение их значения в патогенезе дакриоцистита.

Материалы и методы. В клиниках кафедры отоларингологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за период с 2002 по 2010 гг. у 61 больного по поводу хронического гнойного дакриоцистита была выполнена эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия (ЭЭДЦРС). Мужчин было 19 (31,1%), женщин – 42 (68,9%). Возраст больных колебался от 14 до 70 лет. Длительное время (от 2 месяцев до 5 лет) у окулистов по поводу рецидивирующего течения заболевания наблюдались 48 (78,7%) больных, из них консервативно бужированием слёзных путей лечились 44 (72,1%) пациента. Наружная ДЦРС была выполнена 7 (11,5%) больным. У 9 (14,8%) больных в анамнезе имела место травма костей лицевого скелета. Диагноз подтверждали с помощью контрастной дакриоцистографии и/или компьютерной томографии слезоотводящих путей. Эндориноскопию выполняли по общепринятой методике риноскопами 0° и/или 30° фирмы Karl Storz.

Все пациенты были подвергнуты оперативному лечению, им произведена ЭЭДЦРС по оригинальной методике. Кроме того, 51 (83,6%) больному выполнена коррекция внутриносовых структур, причём, 9 (14,8%) пациентам оперативное вмешательство проводили в 2 этапа: вначале коррекцию внутриносовых структур, а затем через 10-12 дней ЭЭДЦРС из-за повышенной кровоточивости окружающих тканей.

Послеоперационная поддержка больных включала антибиотики (защищённые пенициллины), деконгестанты, пробиотики. Ежедневно проводили тщательный туалет полости носа, солевые души.

Полученные результаты и их обсуждение. Различные изменения внутриносовых структур обнаружены у 51 (83,6%) больного дакриоциститом и, как правило, встречались в различных сочетаниях. При этом наиболее частыми оказались патология носовой перегородки (искривление, гребни, шипы) – у 39 (63,9%) пациентов – и гипертрофия нижних носовых раковин – у 42 (68,9%). Эти изменения затрудняли оперативный доступ к зоне слезного мешка у 43 (70,5%) пациентов. Буллезная гипертрофия средних носовых раковин выявлена

у 4 (6,6%) больных, гипертрофия крючковидного отростка – у 6 (9,8%). Хронический полипозный и полипозно-гнойный этмоидит при дакриоцистите выявлен у 9 (14,8%) пациентов. Кроме того, у 3 (4,9%) больных дакриоциститом отмечено врождённое сужение носовых ходов (узконосость), а у 6 (9,8%) – атрофические процессы, нарушающие мукоцилиарный клиренс.

Выздоровление после оперативного лечения отмечено у 59 (96,7%) больных. Рецидив заболевания имел место у 2 (3,3%) пациентов из-за развития избыточных грануляций в области риностомы, что потребовало дополнительного лечения.

Выводы.

Изменения внутриносовых структур при дакриоцистите встречаются почти у каждого больного, наиболее частые – искривления, гребни, шипы носовой перегородки и гипертрофия нижних носовых раковин. Эта патология нарушает отток слезы через носослёзный канал, аэродинамику полости носа и играет важную роль в патогенезе дакриоцистита. Эндоскопическую хирургическую коррекцию внутриносовых структур желательно выполнять одновременно с эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомией.

© *С.К. Боенко, Д.С. Боенко, З.Т. Климов, И.А. Талалаенко, А.А. Минаев, 2011*

С.К. БОЕНКО, З.Т. КЛИМОВ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ФРОНТИТА

Проведение эндоназальных эндоскопических вмешательств в области лобно-носового соустья требует от ринохирурга высокой подготовленности и хорошей ориентации в анатомических структурах решетчатой кости (Т.А. Машкова, Н.М. Ивченко, Е.Е. Хожаева, 1998; З.Т. Климов, 2001; С.К. Боенко, З.Т. Климов, 2008).

Целью нашей работы являлась оптимизация эндоскопического хирургического лечения больных с воспалительными заболеваниями лобной пазухи в зависимости от анатомических вариантов, вызывающих эту патологию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 126 пациентов с хроническим гнойным фронтоэтмоидитом, фронтогайморoэтмоидитом. Мужчин было 65 (51,6%), женщин – 61 (48,9%). Возраст больных колебался от 14 до 69 лет.

У 56 (44,4%) пациентов была произведена эндоназальная эндоскопическая функциональная фронтотомия, при которой выполняли унцинатэктомию и расширяли лобно-носовое соустье преимущественно кпереди.

2 пациента (1,6%) страдали двусторонним хроническим гнойным рецидивирующим фронтитом. Ранее им была произведена двусторонняя наружная фронтотомия с формированием стомы и разрушением естественного лобно-носового соустья. Мы осуществили подход к обеим лобным пазухам через транссептальный доступ.

В 52 случаях (41,3%) операции выполняли с резекцией верхней трети крючковидного отростка по нашей методике (З.Т. Климов, 2001).

В 16 (12,7%) случаях произведено расширение лобно-носового соустья с последующей пластикой крючковидного отростка по оригинальной методике (З.Т. Климов, 2001).

Полученные результаты и их обсуждение. Удаление крючковидного отростка было обосновано у 56 пациентов его высокой пневматизацией, полипозными изменениями слизистой оболочки, ателектазом решетчатой воронки и пр.

Выполнение эндоскопической фронтотомии после радикальных операций на лобных пазухах в двух случаях оказалось бы неэффективным. О семи подобных ситуациях сообщили W. Draf (1991), W. Draf, R. Weber, R. Keerl (1995). Они назвали эти вмешательства срединным дренажом лобных пазух. О пяти аналогичных операциях сообщал В.С. Козлов (1997), который назвал их транссептальной фронтотомией. Созданное нами транссептальным доступом соустье одинаково хорошо выполняло дренажную и аэрационную функцию обеих лобных пазух.

В 52 случаях блокирование лобной воронки было вызвано гиперпневматизацией верхних отделов крючковидного отростка – его турбинальной и этмоидальной ножек. Данные анатомические варианты сами по себе могут предрасполагать к возникновению или рецидивированию фронтита.

Блокирование лобно-носового соустья у 16 больных было обусловлено наличием патологии в этмоидальной воронке. Крючковидный отросток в этих случаях мы сохраняли полностью.

Сроки наблюдения от 1 года до 4 лет. Рецидивирование процесса отмечено только у 6 (4,8%) пациентов, в послеоперационном периоде они отказались от приема назначенных топических кортикостероидов, что привело к рецидиву полипозного синусита и блокаде лобно-носового соустья.

Пребывания больных в стационаре сократилось в среднем на 3-4 дня.

Функциональные показатели в послеоперационном периоде (транспортная, дыхательная, обонятельная функции) приближались к физиологической норме у пациентов с сохраненным крючковидным отростком.

Выводы.

Применение органосберегающих операций позволяет сократить пребывание больного в стационаре, снизить сроки временной нетрудоспособности и восстановить физиологические функции оперируемого синуса. Показания к удалению крючковидного отростка решетчатой кости должны быть четко сформулированы и обоснованы в каждом конкретном случае.

© *С.К. Боенко, З.Т. Климов, 2011*

Н.Э. БОЙКОВА, А.А. МАКУШИН (МОСКВА, РОССИЯ)

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ (КАТЕТЕР ЭПИСТОП-3) ПРИ ПРОФУЗНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ

Носовые кровотечения у больных в отделениях интенсивной терапии и реанимации – патология, требующая проведения неотложных мероприятий, в ряде случае без наличия ЛОР-специалиста, что предъявляет к методикам их купирования особые требования.

Целью исследования явилось изучение возможности использования новой методики баллонной тампонады (катетер Эпистоп-3) в качестве альтернативы передней и задней тампонады полости носа у больных с тяжелой сочетанной патологией, на постоянном приеме антикоагулянтов, после хирургических вмешательств на сердце и магистральных сосудах.

Материал и методы. 50 пациентов (42 мужчины и 8 женщин) в возрасте от 42 до 65 лет с носовыми кровотечениями на фоне синдрома ДВС, септических осложнений, в условиях гемодиализа и постоянного применения антикоагулянтов, находящиеся в отделении интенсивной терапии и реанимации Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева А.Н. РАМН. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа – основная (30 чел.) – применение катетера «ЭПИСТОП-3» (РУ№ФСР2010/09260). Манипуляции выполнялись вначале ЛОР-специалистом, а затем врачами реаниматологами. Остановка носового кровотечения осуществлялась при помощи катетера «ЭПИСТОП-3», изготовленного из натурального латекса и состоящего из корпуса с металлическим стержнем внутри и трех раздувных баллонов, из которых задний раздувался в носоглотке, средний – в полости носа, передний – в преддверии носа. У пациентов, находящихся на ИВЛ, вмешательство выполнялось без анестезии, в остальных случаях – местная аппликация 2% р-ра лидокаина. Контрольная группа 20 пациентов – использовались традиционные методики остановки носового кровотечения. Продолжительность нахождения тампона (катетера) определялась при смене тампона у больных контрольной группы и при сдувании манжеток катетера у пациентов основной группы. При помощи эндоскопии полости носа – оценка состояния слизистой оболочки, степень воспалительной реакции была проведена сравнительная оценка методик.

Результаты. В обеих группах пациентов тампонада была признана состоятельной в 92% наблюдений. Следует отметить, что катетер ЭПИСТОП-3 легко вводится в полость носа по нижней ее стенке за счет металлического проводника в корпусе катетера, при этом нет необходимости использовать носовое зеркало. Катетер не травмирует слизистую оболочку носа. Баллоны легко сдуваются, что позволяет ввести носо-пищеводный зонд, если есть такая необходимость, и контролировать, остановилось ли кровотечение, не удаляя катетер.

После удаления катетера не было отмечено увеличения частоты нозокомиальных синуситов у больных, находящихся на ИВЛ. Эндоско-

пически слизистая оболочка полости носа у пациентов после удаления катетера ЭПИСТОП-3 имела меньшую степень гиперемии и отека, а фибринозные налеты отмечалось у 68,2% пациентов по сравнению с 99,1% пациентов контрольной группы.

Выводы. Введение в практику лечения носовых кровотечений катетеров «ЭПИСТОП» является простой эффективной процедурой, которая может быть выполнена без присутствия ЛОР-специалиста в условиях необходимости неотложной помощи.

Катетеры могут применяться как на догоспитальном этапе помощи пациентам (врачами и фельдшерами бригад скорой медицинской помощи), так и в специализированных лечебных учреждениях (врачами приемных покоев лечебных учреждений, врачами отделений реанимации, гематологии, оториноларингологии).

© *Н.Э. Бойкова, А.А. Макушин, 2011*

А.А. БОНДАРЕНКО, А.В. ЗАВАДСКИЙ, М.А. ЗОЛОТАРЕВА, Л.В. ГУЛЯЕВА, А.И. КОЛИСНИЧЕНКО, В.П. КАЛИНКИН, Т.М. ИМАНОВА (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ЭЛЕКТРОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Выбор лечения больных с сенсоневральной тугоухостью строится на его этапности. Учитываются этиология, степень тугоухости, давность и течение патологического процесса (острое, стабильное, прогрессирующее), проведенное ранее лечение и его эффективность.

АР Крым обладает уникальными природными ресурсами (одним из которых является грязь Сакского озера). В условиях санаторно-курортной сети АР Крым используются различные методы применения грязи: цельная грязь в виде аппликаций, электрогрязелечение цельной грязью, электрогрязелечение грязевым отжимом.

Нами накоплен опыт включения курса электрогрязелечения у 673 больных с прогрессирующим течением тугоухости различной этиологии. Наблюдения проведены в санаториях ЮБК, Евпатории, Сак, Феодосии и в ряде лечебных учреждений, располагающих грязелечебницами. Использовался грязевой отжим сакской грязи с добавлением 0,05% раствора прозерина в виде аппликаций позади каждого уха. Курс составлял 8-12 процедур. Мужчин было 236, женщин – 437. Возраст от 8 до 64 лет. Из 673 больных у 209 была II, у 274 – III, у 190 – IV степень тугоухости по классификации Базарова В.Г., Розкладки А.И. Перед лечением и по его окончанию проводилось общеклиническое обследование, полное аудиологическое обследование, в том числе надпороговые пробы. Ближайшие результаты и данные катамнеза выявили исчезновение или уменьшение интенсивности шума, звона у большинства больных. В 39% наблюдений прирост слуха составил от 10 до 25 дБ. У 9% больных изменений слуховой функции не наступило. Положительные результаты можно объяснить глубоким проникновением химических ингредиентов, находящихся в грязи, комбинацией с 0, 05% раствора прозерина и более длительным их воздействием.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности этапности лечения больных с сенсоневральной тугоухостью разной этиологии с применением санаторно-курортного лечения с включением электрогрязелечения грязевым отжимом сакской грязи с добавлением 0,05% раствора прозерина.

© *А.А. Бондаренко, А.В. Завадский, М.А. Золотарева, Л.В. Гуляева, А.И. Колисниченко, В.П. Калинкин, Т.М. Иманова, 2011*

А.А. БОНДАРЕНКО, Н.В. ЗАВАДСКИЙ, М.А. ЗОЛОТАРЕВА, А.В. ЗАВАДСКИЙ, Л.В. ГУЛЯЕВА, А.И. КОЛИСНИЧЕНКО (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

По статистике у 68-70% больных с лабиринтными расстройствами диагностируется болезнь Меньера.

При диагностике нами учитывался тщательно собранный анамнез, комплекс общесоматического, неврологического, аудиологи-

ческого (ШР, РР, исследование камертонами, пороговой и надпороговой тональной аудиометрии, речевой аудиометрии и исследования в УЗ диапазоне), вестибулометрического обследования больного (исследование походки, пишущего и шагающего тестов Фукуды, функции статического равновесия методом кефалографии, нистагма, вестибуло-вегетативных нарушений, данных колорической пробы, ЭНГ, РЭГ, ЭЭГ).

Данное заболевание имеет лабиринтный генез. Мы применяем этапное лечение таких больных. При острых проявлениях заболевания используем соблюдение соответствующей диеты, медикаментозную терапию, включающую последовательно дегидратационную, антигистаминную терапию, внутривенное введение гидрокарбоната натрия, введение новокаина, ангиопротекторов, витаминов группы В, биостимуляторов, курс ГБО. После ликвидации острых явлений назначались ЛФК, рефлексотерапия.

При сохранении частых трудно купируемых рецидивов, безуспешности упомянутой терапии нами применялась рентгентерапия. К.А. Великов (1967) успешно применял рентгеновское облучение пирамид височных костей при болезни Меньера, используя разовую дозу в 145 рад.

С 1972 г. в АР Крым в лечении больных болезнью Меньера используется рентгентерапия небольшими дозами. Используется аппарат РУМ-17 при технических условиях: напряжение – 160-220 кВ, сила тока – 10 мА, фильтр – 1 мм меди, слой половинного ослабления – 0,82-1,5 мм меди, фокусное расстояние – 40 см. Облучению подвергались пирамиды височных костей. Разовая доза – 45 рад, поле облучения – 6×8 см. Назначалось по три сеанса на каждую сторону с интервалом облучения одного и того же поля в один день. Длительность курса 6 дней.

Отдаленные результаты лечения прослежены в течение 5-30 лет у 102 больных в возрасте от 20 до 60 лет. Женщин было 67, мужчин – 35. У 59 больных наблюдалось значительное снижение остроты приступов, периоды ремиссии у 41 больного удлинялись, а 19 больных были направлены на оперативное лечение.

Наши наблюдения позволяют (как метод выбора) рекомендовать использование рентгентерапии малыми дозами в комплексе лечения больных болезнью Меньера.

© *А.А. Бондаренко, Н.В. Завадский, М.А. Золотарева, А.В. Завадский, Л.В. Гуляева, А.И. Колисниченко, 2011*

А.А. БОНДАРЕНКО, М.А. ЗОЛОТАРЕВА, А.В. ЗАВАДСКИЙ, М.В. ЧЕРНИ, Т.В. ЖУК, Н.А. КАЛИНКИНА, Т.М. ИМАНОВА (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУРФАКТАНТОВ ОТОЛАРИНГОЛОГАМИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СЕТИ АР КРЫМ

В соответствии с рекомендациями ВОЗ процесс медицинской реабилитации подразделяют на три последовательных этапа: госпитальный (восстановительное лечение); санаторный (реадаптация); амбулаторно-поликлинический. Этапность лечения ЛОР-больных включает обязательное санаторно-курортное лечение.

Здравницы АР Крыма издавна славятся уникальными методиками лечения заболеваний ЛОР-органов с учетом курортных факторов и постоянными поисками новых лекарственных препаратов. С появлением сурфактантов (мирамистина, дезмистина) возможности ЛОР-врачей курортов АР Крым расширились. Показаниями к применению сурфактантов являются: 1) заболевания носа и ОНП (сикоз, хронические риниты и синуситы); 2) заболевания глотки, гортани (хронические фарингиты, ларингиты); 3) заболевания уха (наружные и средние отиты, особенно грибковые).

Мы использовали методики применения сурфактантов в разном разведении: 1) местные аппликации, ингаляции через нос, рот и в наружное ухо; 2) промывание ОНП методом «перемещения» по Проетцу, промывание лакун небных миндалин, вакуум-дренаж небных миндалин. Разработаны и внедрены методики интраназального электрофореза и УЗ-орошения носа, глотки, гортани, ушей растворами мирамистина или дезмистина в разных разведениях.

Наши наблюдения составили > 2,5 тысяч пациентов разного возраста и пола с патологией ВДП и уха. Выделены две группы: с хроническими риносинуситами и тонзиллитами, как наиболее часто встречающимися заболеваниями.

Группу с хроническими синуситами составили 202 больных. У 137 из них (67,5%) обнаружен двусторонний синусит, тотальное затемнение на рентгенограммах ОНП у 110 больных (58%). Все больные стандартно обследованы общеклинически, проведена цитология, цито-

химия крови, бактериологическое исследование на флору и кандиды. При гнойных формах синуситов проводились инвазивные (принудительное дренирование гайморовых пазух) и неинвазивные (метод «перемещения» по Проетцу) методы лечения с использованием 0,01%-го и 0,05%-го водного раствора мирамистина. Лечение дополнялось эндоназальным электрофорезом, ингаляциями мирамистином в тех же разведениях.

Группу с хроническим тонзиллитом составил 231 больной (компенсированная форма – 126, декомпенсированная – 105), в комплекс лечения которым был включен мирамистин в виде УЗ-орошений глотки, промывание лакун небных миндалин, «вакуум-дренаж» небных миндалин, ингаляции.

Эффективность проведенного лечения оценивалась по данным клинического обследования в динамике, по результатам бактериологического и цитологического исследования отделяемого полости носа и содержимого лакун небных миндалин. Цитологически определялось снижение количества эозинофилов в отделяемом из носа, снижение или полное исчезновение дегенеративных форм нейтрофилов, уменьшение количества эпителиальных клеток, усилился фагоцитоз. Под влиянием проведенной терапии изменились цитохимические показатели в лейкоцитах периферической крови: снизилось содержание гликогена в нейтрофилах периферической крови, заметно возросли активность щелочной фосфатазы и окислительно-восстановительных ферментов (пероксидазы и цитохромооксидазы).

Результаты наших исследований в динамике указывают на положительный эффект проведенного санаторно-курортного лечения у большинства больных. Это позволило нам рекомендовать сурфактанты для внедрения в практику санаторно-курортного лечения с целью получения стойкого положительного эффекта, реабилитации больных в более короткие сроки.

© *А.А. Бондаренко, М.А. Золотарева, А.В. Завадский, М.В. Черни, Т.В. Жук, Н.А. Калинкина, Т.М. Иманова, 2011*

О.М. БОРИСЕНКО, Ю.О. СУШКО, О.В. ПАПП, І.А. СРЕБНЯК,Є.Є. ПРОКОПЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)

ІНФРАЛАБІРИНТНИЙ ДОСТУП ПРИ ПУХЛИНІ ЯРЕМНОГО ГЛОМУСУ

Пухлина яремного гломуса – у більшості випадків доброякісне утворення, яке проростає із стінки цибулини яремної вени або із стінки самої вени. Гломус є субстратом для розвитку хемодектоми. Частіше зустрічається у осіб жіночої статі у віці від 20 до 60 років. Пухлина росте повільно і часто безсимптомно, тому пацієнти звертаються за медичною допомогою, коли пухлина досягає значних або середніх розмірів і є скарги на порушення слуху, пульсуючий шум, головокружіння. У випадках, коли пухлина розповсюджується на основу черепа і в процес втягується каудальна група черепних нервів, пацієнти відмічають погіршення ковтання, хрипоту та інші розлади органів, які інервуються даною групою нервів. Лікування можливе як радіологічними методами, так і хірургічно. Радіологічні методи менш ефективні ніж хірургічні. Тому при пухлинах класу С1 перевага надається хірургічному лікуванню. Доступ до підскроневої ямки, який застосовується для хірургічного лікування хворих на пухлину яремного гломуса є досить травматичним і часто призводить до появи сенсоневральної глухоти, лицевого парезу і порушення функції нервів каудальної групи.

Розробка методів хірургічного лікування, які спрямовані на видалення пухлини та максимальне збереження сумісних органів, є дуже важливим та необхідним завданням сучасної отонейрохірургії.

Мета: Розробити інфралабіринтний хірургічний підхід для видалення пухлини яремного гломуса із збереженням цілісності та функціональності сусідніх органів.

Суть операції полягає в ідентифікації внутрішньої сонної артерії та цибулини яремної вени з поступовим розширенням простору між ними донизу від базального завитка cochlea через трансканальний доступ. В процесі роботи на даних утвореннях підчас розширення отвору доступу можливе пошкодження стінки цибулини яремної вени чи внутрішньої сонної артерії, а також може відреагувати на хірургічну травму внутрішнє вухо, що може призвести до сенсоневральної приглухуватості. По ходу операції часто присутня кровотеча із самої пухлини. Разом з цим даний доступ дозволяє відкрити простір, який займає пухлина

з мінімальними можливими ускладненнями відносно лабіринта та судин. Розміри інфралабіринтного простору за даними Lung'a і співав. (2010) на непневматизованій скроневій кістці по висоті , ширині і глибині складають відповідно в середньому 7,2; 9,4 і 17,5 мм, а на пневматизованій скроневій кістці – 7,6; 10,1 і 18,6 мм. Даних в доступній літературі стосовно запропонованого доступу по його застосуванню в клініці не знайдено.

Даний хірургічний підхід було застосовано у пацієнтки Д. з пухлиною яремного гломуса класу С1. Пухлина виходила із стінки цибулини яремної вени до барабанної порожнини та залишала цілою капсулу лабіринту. В процесі операції розширений зовнішній слуховий прохід за рахунок передньої, нижньої та задньої стінок. Пухлина видалена шматуванням. Місце проростання пухлини із стінки цибулини яремної вени оброблено біполярним коагулятором. Ланцюг слухових кісточок,барабанна перетинка,судини та капсула лабіринта збережені.

У прооперованої хворої відмічалися стійкі, хороші результати: зникли пульсуючі шуми (основна скарга пацієнтів при даних об'ємах пухлин) та покращився слух. Розладів органів, які інервуються каудальною групою черепних нервів, не відмічалося. Рецидиву за період спостереження немає.

Висновки: Запропонований хірургічний інфралабіринтний підхід для видалення пухлини яремного гломусу класу С1 є перспективним та ефективним методом у досягненні хорошого результату у лікуванні даного захворювання, так як даний метод є органозберігаючим, значно зменшує кількість ускладнень, у тому числі і важких, скорочує період перебування в стаціонарі, лікування та реабілітації пацієнта, дозволяє повністю відновитися пацієнту та бути повноцінним, здоровим членом суспільства.

© *О.М. Борисенко, Ю.О. Сушко, О.В. Папп, І.А. Сребняк, Є.Є. Прокопенко, 2011*

А.С. БУЙКО, О.В. ДЮМИН (ОДЕССА, УКРАИНА)

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ СКАТА НОСА И ФАКТОРЫ РИСКА, СВЯЗАННЫЕ С ИХ ЛЕЧЕНИЕМ

Злокачественные эпителиальные опухоли (ЗЭО) кожи в 80% случаев расположены преимущественно на голове и шее и 85% всех случаев метастазирования и 90% случаев рецидива связаны с ними. Известно также, что наиболее высокие показатели рецидива у ЗЭО расположенных в проекции эмбриональных швов, в так называемых Н-зонах. Но и в этих зонах есть характерные анатомические участки – волосистая часть губы и ухо, с более высоким потенциалом рецидива и метастазирования, как отмечено в седьмом (2010 год) издании TNM классификации. Локализация ЗЭО кожи вблизи внутренней спайки век также связана с более высоким риском глубокой инвазии в орбиту, полость носа и параназальные пазухи, лечение которых очень сложно. У обратившихся к нам пациентов рецидив ЗЭО во внутренней спайке век и орбите был связан с неадекватным лечением первичной опухоли кожи ската носа. Следует отметить, что встречаемость ЗЭО кожи изменяется глобально, увеличиваясь с 1960-ых с показателем 3-8% в год.

Цель: снизить частоту осложнений и рецидивов при лечении ЗЭО кожи ската носа.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов криогенного лечения, в период 1991-2008 год, двух групп пациентов. I группа – 321 пациент с ЗЭО кожи только ската носа, из них 112 мужчин (34,9%), в возрасте от 32 до 90 лет, медиана 67 лет, и 209 женщин (65,1%), в возрасте от 31 до 91 года, медиана 68 лет. II группа – 144 пациента со ЗЭО кожи ската носа прилежащих к внутренней спайке век, из них 55 мужчин (38,2%), в возрасте от 39 до 82 лет, медиана 60 лет, и 89 женщин (61,8%), в возрасте от 38 до 89 лет, медиана 68 лет. Площадь ЗЭО в I группе пациентов была от 4 мм^2 до 1575 мм^2, медиана 100 мм^2, а во II группе – от 4 мм^2 до 800 мм^2, медиана 77 мм^2. В I группе у 288 пациентов стадия опухоли была T1N0M0, а у 33 – T2N0M0. Во II группе со стадией T2N0M0 было только 8 пациентов. Состав клеточного типа ЗЭО в I и [II] группах пациентов был следующим: базальноклеточный рак – 296 случаев (91,6%) и [130 (89,7%)], из них солидный тип – 209 (64,7%) и [83 (57,2%)], недифференцированный – 53 (16,4%) и [25 (17,2%)], с железистой дифференцировкой – 32 (9,9%) и [22 (15,2%)], а также склерозирующий тип – 2 (0,62%) и [0]; плоскоклеточный рак – 7 случаев (2,2%) и [6 (4,1%)]; метатипический – 8 (2,5%) и [2 (1,4%)]; железистый рак 10 (3,1%) и [6 (4,2%)]. Криодеструкция ЗЭО выполнялась

однократно оригинальной криогенной установкой и методикой. Сроки наблюдения I группы пациентов были в пределах от 5 мес. до 12 лет, медиана 1,2 года; II группы – от 3 мес. до 15 лет, медиана 1,5 года.

Результаты. У пациентов обеих групп полная резорбция ЗЭО без осложнений, с хорошим эстетическим результатом произошла после одного сеанса криодеструкции. В период от 1 года до 3 лет у 13 пациентов (4,0%) из 321 I группы возник рецидив. Во II группе рецидив был у 11 (7,6%) из 144 пациентов, т.е. ≈ в два раза чаще, несмотря на меньшие (t-тест = 2,1; p = 0,03) размеры площади ЗЭО. Все рецидивы были в пределах кожи и излечивались повторной криодеструкцией.

Заключение. Способы лечения ЗЭО кожи ската носа весьма ограничены. Лучевая терапия (ЛТ) применяется весьма редко из-за осложнений со стороны глаза, слезоотводящих путей и нередких рецидивов. Используются фотодинамическая терапия, лазер-деструкция, иммунотерапия, электронож, химиотерапия, но их применение ограничено низкой степенью доказанности опубликованных результатов. При хирургическом лечении с контролем полноты удаления опухоли (frozen-section control или Mohs micrographic surgery) частота рецидивов составляет 1-4%, но реконструкция дефекта тканей весьма сложна. При традиционной хирургии, называемой за рубежом «полевой терапией», частота рецидивов составляет от 10-30%, и во многих случаях они возникают под кожей в мягких тканях, в отличие от таковых в коже при криодеструкции. Высокий потенциал инвазии ЗЭО кожи ската носа (особенно прилежащих к внутренней спайке век) в ткани переднего отдела орбиты требует неординарных подходов к их полному удалению. При соблюдении методики лечения криодеструкция – один из них.

© *А.С. Буйко, О.В. Дюмин, 2011*

А.В. БУРЬЯН, В.А. ЗМЕЕВ, Н.А. ЮРЕВИЧ, Н.О. ШУШЛЯПИНА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ХИМИОЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ

Лучевая терапия в настоящее время является ведущим, а для многих больных единственным методом лечения рака ротоглотки. В период 2007-2010 г. в Харьковском областном клиническом онкологическом центре проведена лучевая терапия 37 больным. В данную группу были включены больные раком ротоглотки T3N0-1M0. Морфологически у всех больных был плоскоклеточный рак. Лучевая терапия проводилась на гамма-установках в 2 этапа, 5 раз в неделю.

В зону облучения были включены первичная опухоль и регионарные лимфатические узлы. РОД 2 гр. СОД полученная за два этапа 60 гр. На СОД 40 гр делался перерыв 10-15 дней. Лечение осуществлялось в статическом режиме.

Одновременно с лучевой терапией больные получали монохимиотерапию: 5FU-0.75 в/в за 30 минут до облучения. Лучевые реакции у больных соответствовали I степени тяжести и излечивались консервативными методами.

В результате проведенного лечения у подавляющего большинства больных наблюдалась полная регрессия первичной опухоли и метастазов в лимфатических узлах.

У 20 больных была проведена компьютерная томография головы через 6 месяцев после окончания лечения. Данных за рецидив опухоли и прогрессирование заболевания не выявлено.

В заключении необходимо добавить, что число и время наблюдения больных не позволяют сделать окончательные выводы, однако проведенное лечение дает возможность больным с опухолями ротоглотки нормально питаться, продлить продолжительность их жизни.

© *А.В. Бурьян, В.А. Змеев, Н.А. Юревич, Н.О. Шушляпина, 2011*

В.М. ВАНЧЕНКО, Н.А. КОМАШКО, В.І. ЛЕВАНДОВСЬКИЙ (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

НАШ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ

Найбільш розповсюдженими методами лікування захворювань порожнини носа та при носових пазух є різноманітні способи синусотомій. Традиційні підходи мають суттєві недоліки та порушують архітектоніку порожнини носа, сприяють розвитку рубцевих та атрофічних

процесів в слизовій оболонці, що призводить до втрати її основних функцій.

Ефективність хірургічного лікування хронічного синуситу суттєво збільшилась з початком застосування функціональної ендоскопічної хірургії синусів (FESS).

В нашій роботі ми повели ретроспективний аналіз результатів лікування хворих на хронічний поліпозний риносинусит із застосуванням FESS.

Під нашим спостереженням знаходилось 1260 хворих на хронічний поліпозний риносинусит, із них у 830 хворих поліпозний риносинусит асоційований з бронхіальною астмою, які знаходились під нашим спостереженням з 2006 по 2010 роки.

Всі пацієнти отримували передопераційну підготовку, в післяопераційному періоді топічні кортикостероїди, а пацієнти з бронхіальною астмою додатково системну кортикостероїдну терапію коротким курсом.

Оцінка ефективності лікування проводилась по клінічних проявах захворювання, ендоскопічній картині порожнини носа та оцінювалась в балах. Пацієнтам, які знаходились під спостереженням, проводилась ендоскопія носової порожнини перед випискою, через місяць після оперативного втручання, пізніше 1 раз на 6 місяців.

У пацієнтів на хронічний поліпозний риносинусит поєднаний із бронхіальною астмою та аспіриновою тріадою рецидив захворювання відмічався у 34-36% хворих.

У пацієнтів на хронічний поліпозний риносинусит, після проведення FESS та консервативного лікування, рецидив захворювання спостерігався у 20.6% від загальної кількості хворих.

Аналіз результатів лікування хворих на хронічний поліпозний риносинусит дозволяє зробити висновки, що хронічний поліпозний риносинусит потребує комплексного лікування із застосуванням функціональної ендоскопічної риносинусохірургії та медикаментозного передопераційного лікування, так і післяопераційної корекції лікування на протязі 1 року. Використання функціональної ендоскопічної хірургії синусів (FESS) викликає суттєве покращення протікання та зменшення рецидивів хронічного поліпозного риносинуситу.

© *В.М. Ванченко, Н.А. Комашко, Левандовський В.І., 2011*

В.М. ВАНЧЕНКО, І.І. ТІТОВ, Н.А. КОМАШКО, ЛЕВАНДОВСЬКИЙ В.І., Н.М. КУДЕРСЬКА (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ЛІКУВАННЯ НАЗОКОМІАЛЬНИХ СИНУСИТІВ У ХВОРИХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Назокоміальний синусит – гостре запалення приносових пазух, яке розвивається через 48-72 години з моменту поступлення у відділення інтенсивної терапії та обтяжує перебіг основного захворювання. Розрізняють ранній та пізній назокоміальний синусит. Особливого значення проблема назокоміального синуситу (НС) набуває у хворих, яким проведена назотрахеальна інкубація, тампонада носової порожнини, введено назогастральний зонд. Злоякісно протікаюче вторинне бактеріальне запалення суттєво ускладнює перебіг основного захворювання у пацієнтів, які знаходяться в ВІТ, і є основною причиною летальності у даних хворих. В вітчизняній науковій літературі за останні роки немає фундаментальних досліджень даного захворювання.

Проблема вчасної діагностики та адекватного лікування назокоміального синуситу не вирішується лише проведенням скринінгового КТ-дослідження приносових пазух при госпіталізації хворих у ВІТ, які потребують трансназальних маніпуляцій. Пацієнти ВІТ, які відносяться до груп ризику по виникненню назокоміального синуситу, потребують додаткового імунологічного обстеження для своєчасної корекції лікування та проведення імунокорекції. Поряд з цим необхідно впроваджувати у відділеннях інтенсивної терапії ряд організаційно-профілактичних заходів для профілактики назокоміального синуситу у реанімаційних хворих. Оскільки інцидентність назокоміальних синуситів зростає, всебічні ґрунтовні дослідження бактеріологічного та вірусологічного аспектів даного ускладнення, а також імунологічного статусу хворих є актуальною та практично-значущою проблемою сьогодення.

Під нашим спостереженням знаходилось 4224 хворих, які впродовж 2007-2010 р.р. перебували на лікуванні у ВІТ ОКЛ. Із них у 426 хворих (10%) на 5-7 добу при КТ дослідженні було встановлено діагноз назокоміального синуситу. При проведенні бактеріологічного дослідження в структурі збудників назокоміального синуситу переважають так звані проблемні мікроорганізми:

Pseudomonas (17,2%), Escherichia coli (11,6 %) и Proteus mirabilis (8,2%). Меншу частину складають грампозитивні мікроорганізми (31%). Среди них переважають Staphylococcus (9,8%), р-гемолітичний стрептокок (4,6%). Гриби виявлені в 6,1% випадків. Серед виділених збудників більшість відзначалася поліантибіотикорезистентністю.

Серед хворих, у яких було діагностовано назокоміальний синусит, з метою санації запального вогнища було проведено 54 оперативних втручань. Оротрахеальна інтубація замість назотрахеальної, зондування шлунка через рот, при підняте положення голови, дотримання синоназальної гігієни є потенційно превентивними заходами, які можуть використовуватись для профілактики назокоміального синуситу.

Отже показана необхідність спостереження оториноларингологом пацієнтів групи ризику відділу інтенсивної терапії, проведення КТ приносових пазух з метою своєчасної діагностики патології приносових пазух. Ідентифікація виділених культур бактерій дозволяє скорегувати стартову антимікробну терапію з врахуванням результатів бактеріологічних даних. На основі проведених досліджень розроблений лікувально-діагностичний алгоритм при назокоміальному синуситі.

Перспективою наших подальших досліджень буде подальше вивчення імунологічного стану хворих, вірусологічне та бактеріологічне дослідження пацієнтів ВІТ для подальшого вироблення алгоритму діагностики та лікування НС у реанімаційних хворих.

© *В.М. Ванченко, І.І. Тітов, Н.А. Комашко, Н.М. Кудерська, Левандовський В.І., 2011*

А.В. ВЕРБА, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, О.В. ВАРЧЕНКО, І.П. МАРЦИНКОВСЬКА, С.В. АГРЕПИШИН, О.С. СКІЧКО (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ДИЛЯТАТОРІВ ПІСЛЯ РИНОПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ РУБЦЕВИХ СТЕНОЗІВ ПРИСІНКУ НОСА

Причиною рубцевих стенозів носа пов'язане найчастіше є травми носа або наслідки склероми (Дерепа К.П. с соавт., 1991; Кіщук В.В. с соавт., 2006). Лікування рубцевих стенозів носа, особливо склеромного ґенезу, полягає у відновленні просвіту носа оперативним або дилятаційним шляхом і наступній тривалій дилятації з метою формування сполучнотканинного каркаса носа (Bailhache A. et al., 2008; Ballert J.A. et al., 2008). Для тривалої дилятації просвіту носа в ділянці хоан використовуються модифіковані стандартні інтубаційні трубки (Кищук В.В. с соавт., 1989). За допомогою дилятаторів, що виготовлені з інтубаційних трубок не завжди можливо відтворити специфічну трикутно-овальну форму присінку носа, яка є особливою для кожної людини. Крім того, тривале використання дилятаторів невідповідного розміру (більшого) може ускладнитись перфорацією перегородки носа.

Нами з метою відновлення природньої форми і розмірів присінку носа запропоновано і використано для тривалої дилятації в післяопераційному періоді індивідуальні ендоназальні дилятатори, що виготовляються з дозволених для використання у медицині стоматологічних материалів. Методика виготовлення дилятаторів складається з трьох етапів і полягає у виготовленні: 1) зліпку порожнини присінку носа з відбиткової маси «Upin» після ринопластики; 2) гіпсової моделі носа з відбитка порожнини присінку носа; 3) пластмасових протакрілових ендопротезів з гіпсової моделі носа; 4) розширення бором каналів дилятатора до максимально можливого.

Перевагами використання запропонованих дилятаторів є: 1) відновлення природньої форми і розмірів присінку носа; 2) можливість тривалого використання ендопротезів без ризику виникнення перфорації перегородки носа; 3) безболісне використання та фіксація за рахунок анатомічних заглиблень; 4) більш вільне дихання через ніс за рахунок створення каналу максимально можливого розміру.

Клінічним прикладом використання ендоназальних дилятаторів присінку носа може служити випадок хвороби військовослужбовця, який у трьохрічному віці переніс травматичне відсічення перетинчасто-хрящової частини носа. Відсічену частину носа було пришито. На протязі наступних років у нього посилювалось рубцеве звуження присінку носа. У наступному йому двічі виконувались ринопластики з метою покращення носового дихання. У віці 58 років у нього спостерігається рубцеве концентричне звуження правого присінка носу до 4-х мм і овальне розмірами 4х6 мм лівого. Западіння спинки носа до 4-5 мм. Хворому висічено рубці

присінків носа, виконано резекцію викривленної в кістковому відділі перегородки носа, відсічену кісткову частину нижніх носових раковин реімплантовано в спинку носа та перетинчасто-хрящовий відділ перегородки носа для корекції западіння спинки носа.

На другу добу після ринопластики виготовлено індивідуальні дилятатори-ендопротези згідно методики, що описана вище. Ендопротези відшліфовано і з сінтоміциновою емульсією введено в присінки носа. Хворий може самостійно вводити і видаляти дилятатори без значних зусиль для їх очистки та змащування антибактериальними і вітамінними оліями. Дилятаційні ендопротези безболісно переносяться, практично не утруднюють дихання, а також розширюють присінки носа (відводять латерально крила носа) і піднімають його кінчик, що важливо для формування рубцевого каркасу носа у післяопераційному періоді.

Таким чином, з метою тривалої дилятації присінку носа у хворих рубцевими стенозами доцільним є використання запропонованих індивідуальних ендопротезів-дилятаторів, не зважаючи на більш складний технологічний процес виготовлення та більшу вартість.

© *А.В. Верба, А.І. Барціховський, О.В. Варченко, І.П. Марцинковська, С.В. Агрепишин, О.С. Скічко, 2011*

С. ВЕТРИЧАН, А. АНТОХИ, Т. ХОДОНОАГЭ, А. БАЖУРЯНУ, Е. ЧЕРНОЛЕВ, Л. ПОЖОГА (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

«БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО УХА»

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) по-прежнему является одной из наиболее важных и сложных проблем оториноларингологии, занимая особое место в структуре оториноларингологической патологии.

Опыт Клиники Оториноларингологии Кишиневского Государственного Университета Медицины и Фармации имени Н.А. Тестемицану, в которой ежегодно проходят лечение 600-700 пациентов с указанной патологией, что составляет около 42% от общего числа госпитализированных, говорит об особой актуальности проблемы в нашей стране.

Несмотря на успехи мировой отохирургии, внедрение в практику новых методов хирургического лечения с применением самых современных технологий, радикальная (общеполостная) операция на ухе не потеряла актуальности.

Однако в послеоперационном периоде у больных зачастую развивается симптомокомплекс, называемый «болезнью трепанационной полости» или «болезнью оперированного уха».

Основные симптомы болезни такие, как: оторея, тугоухость, головная боль, головокружение заставляют пациента думать об абсолютной неэффективности перенесенной операции.

Цель нашего исследования – изучение современных аспектов этиологии, патогенеза клиники «болезни оперированного уха» для разработки новых методов ее профилактики и лечения.

Задачи исследования:

- Определение частоты возникновения «болезни оперированного уха».
- Установление причин и факторов способствующих развитию заболевания.
- Изучение патоморфологических и клинических проявлений болезни.

По нашим данным частота возникновения «болезни оперированного уха» составляет 38%.

Патологические проявления, связанные с продолжающимся воспалением в условиях сформированной операцией трепанационной полости, обусловлены как дооперационным воспалением, так и усугублением его структурно-тканевыми изменениями среднего уха в результате проведенной операции.

Все больные, исследованные нами, жаловались на гноетечение из уха, у 36% была головная боль или боль в области оперированного уха, у 27% – шум в ушах, у 22% – симптомы, характерные при поражении вестибулярного аппарата (тошнота, нистагм, головокружение).

В 7% случаев была положительна прессорная проба, что свидетельствует о наличии фистулы лабиринта, у всех больных выявлена кондуктивная или смешанная тугоухость.

Всем пациентам проведено отомикроскопическое исследование:

Морфопатологические изменения послеоперационной полости	**%**
Остатки барабанной перепонки	60,0
Остатки слуховых косточек	54,5
Высокая шпора	53,2
Неполное удаление латеральной стенки аттика	49,3
Мукозит	46,7

Микрокисты	46,7
Десквамирующий эпидермит	45,4
Полипозно измененная слизистая оболочка	41,5
Рецидивирующая холестеатома	36,3

Результаты микробиологического исследования отделяемого из уха

Патогенный агент	**%**
Proteus mirabilis	36%
Pseudomonas aeruginosa	30%
Bacilul piocianic	27%
Staphylococcus	25%
Streptococcus	24%
Грамотрицательные бактерии	21%
Анаэробная флора	17%

В 100% случаев обнаружена полифлора, а в 46% – микробно-грибковые ассоциации.

Необходимо отметить, что подавляющее большинство пациентов практически не наблюдалось оториноларингологом и в течение длительного времени послеоперационная полость оставалась без ухода.

Выводы:

- Несмотря на успехи мировой отохирургии, радикальная (общеполостная) операция на ухе не потеряла актуальности.
- Не менее чем у 38% больных, перенесших радикальную операцию, развивается симптомокомплекс, определяемый как «болезнь оперированного уха».
- Развитие «болезни оперированного уха» зависит от ряда факторов:
  - Длительности заболевания
  - Объема послеоперационной полости
  - Технических погрешностей в проведении операции
  - Вирулентности микрофлоры
  - Адекватности тактики послеоперационного лечения и ухода за полостью, а также от санитарной культуры пациента.

© *С. Ветричан, А. Антохи, Т. Ходоноагэ, А. Бажуряну, Е. Чернолев, Л. Пожога, 2011*

А.М. ГАГАУЗ, М.П. ТАНУРКОВА (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО КОАГУЛЯТОРА ДЛЯ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ И УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКИ

Под наблюдением находились 45 пациентов. В предоперационном периоде проводилось комплексное обследование больных: сбор жалоб и выяснение анамнеза заболевания, микробиологическое и цитологическое исследования, эндоскопическое исследование полости носа. Холодноплазменная тонзиллэктомия была выполнена у 23 мужчин и 22 женщин в возрасте от 16 до 52 лет.

Операцию проводили под внутривенной премедикацией под контролем операционного микроскопа CarlZeiss с использованием роторасширителя. Хирург при этом находится в изголовье пациента. Аппарат «PEAK SurgicalPULSAR Generator» имеет два режима работы – режим «абляции» и «коагуляции». Удаление миндалины начинали с нижнего полюса, при этом рабочая часть электрода направлялась на ткань миндалины.

Одновременно с удалением производили коагуляцию сосудов в случае геморрагии. Продолжительность операции – 15-20 мин. Кровопотеря незначительная. Холодноплазменная увулопалатопластика является эффективным методом хирургического лечения синдрома обструктивного апноэ сна и позволяет добиваться значительного снижения индекса апноэ/гипопноэ. В нашем отделении 21 больному (15 мужчинам и 6 женщинам) в возрасте от 32 до 57 лет была выполнена холодноплазменная увулопалатопластика и 6 пациентам (5 мужчинам и 1 женщине в возрасте от 33 до 45 лет) — холодноплазменная увулопалатофарингопластика. У 19 из них одномоментно проводилась септопластика с коррекцией внутриносовых структур. Продолжительность вмешательства составляла 7-8 мин, кровопотеря – не более 5 мл. В 6 случаях данное вмешательство было дополнено холодноплазменной тонзиллэктомией (увулопалатофарингопластика). В целом после холодноплазменных операций процент осложнений довольно низок. Если говорить о тонзиллэктомии, обращает на себя внимание отсутствие неконтролируемого кровотечения во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

В целом после холодноплазменных операций, как наиболее щадящих, послеоперационный период протекает благоприятно и заметно легче переносится больными.

Уже на следующий день после плазменной тонзиллэктомии и увулопалатопластики все больные принимали пищу, испытывая при этом небольшой дискомфорт или умеренную болезненность в горле при глотании. Фаринго-

скопически отмечалась небольшая отечность передних и задних небных дужек, язычка мягкого неба, в единичных случаях незначительная чувствительность при пальпации регионарных лимфатических узлов и субфебрильная температура до 37,8°С.

Таким образом, метод холодноплазменной хирургии обеспечивает отсутствие обжигающего эффекта, что заметно снижает выраженность реактивных явлений и болезненность в послеоперационном периоде. Кроме этого слой плазмы обладает коагулирующим воздействием, что позволяет хирургу работать в «сухом поле», значительно снижена вероятность послеоперационного кровотечения. Удобная конструкция электродов позволяет обрабатывать ткани в труднодоступных местах. Все это повышает скорость работы хирурга. Таким образом, сокращается срок госпитализации пациента, а в некоторых случаях возможно проведение вмешательства и в амбулаторных условиях.

© *А.М. Гагауз, М.П. Тануркова, 2011*

В.П. ГАЙОВИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПРОГРЕДІЄНТНІ ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ФОНІ ПОРУШЕНЬ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ҐЕНЕЗУ

Взаємозв'язок вестибулярних розладів та супутніх змін нервової системи, як свідчать літературні першоджерела, наразі все ще вивчений недостатньо.

Групу обстежених нами хворих (16 пацієнтів) утворили ті особи, у котрих мало місце формування, як правило, дисциркуляторної енцефалопатії, підтвердженої методами нейровізуалізації, зокрема магнітно-резонансної томографії головного мозку з патогномонічними проявами змін щільності тканин головного мозку дифузного чи переважно вогнищевого характеру, розширенням шлуночкової системи, субарахноїдальних просторів, атрофією кори головного мозку.

Формування дисциркуляторної енцефалопатії зазвичай відбувалось на фоні гіпертонічної хвороби, вираженої та тривалої, за поодиноким виключенням, в котрому не вдалося параклінічно виявити цілісної та повноцінної енцефалопатичної картини, підтвердженої нейровізуалізацією. Зрідка реєструвалось енцефалопатичне ураження головного мозку на фоні гіпотонії.В одного хворого відбулось формування повноцінної венозної енцефалопатії, що знайшло своє підтвердження при ультразвуковому допплерографічному дослідженні судин головного мозку.

Слід відмітити, що у більшості пацієнтів вищеописаної групи при магнітно-резонансному дослідженні головного мозку зареєстровано чіткі прояви внутрішньочерепної гіпертензії, розширення конвекситальних субарахноїдальних просторів.

Крім вестибулярних розладів, які спостерігались у всіх без винятку хворих, і тривали, за їх словами, зазвичай від кількох хвилин до кількох годин, особливо в період загострення основної соматичної патології – гіпертонічної хвороби, у випадках її кризів, патогномонічною особливістю був виражений цефалгічний синдром більш–меньш континуального характеру. Головний біль носив переважно розпираючий характер і поширювався на тім'яну та потиличну частину голови, іноді супроводжувався нудотою і дуже рідко блювотою, котра спостерігалась частіше при підйомі системного артеріального тиску по типу гіпертонічного кризу. В так званий міжприступний період більшість хворих скаржилась на майже постійне відчуття важкості в голові, проблеми координації, особливо при пересуванні. Як правило, синхронно з вищезгаданими змінами розвивалась більш яскрава і повномасштабна картина вестибулярних розладів, котрі в цілому характеризувалтсь помірністю при вестибулометричному дослідженні.

В неврологічному статусі маніфестувалися анізорефлексія, рефлекси орального автоматизму, дискоординаторні прояви, очно-рухливі розлади, пірамідна недостатність, які в кінцевому результаті і формували сутність притаманного цим хворим неврологічного дефіциту, схильного до подальшої прогредієнтності.

© *В.П. Гайовий, 2011*

В.П. ГАЙОВИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ІНІЦІАЛЬНІ ПРОЯВИ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ҐЕНЕЗУ

Одними з найбільш поширених в клінічній практиці як оториноларингологів, так і неврологів є вестибулярні розлади ангіовегетодисциркуляторного характеру.

Підсумки клініко-неврологічного дослідження евентуальних девіацій нервової системи хворих з початковими вестибулярними порушеннями (15 пацієнтів) свідчать про відсутність у них чіткого органічного ураження нервової системи та наявність таких стигм у вигляді елементів розсіяної неврологічної симптоматики лише в поодиноких випадках.

В неврологічному статусі відмічались наявні функціональні зміни нервової системи взагалі та рефлекторної сфери зокрема. Періостальні та сухожильні рефлекси на верхніх і нижніх кінцівках були підвищені, часто високі, викликались з розширених зон, але без акцентуації сторін. Патологічні рефлекси ж були відсутні.

Щодо статикокоординаторної сфери, то на момент обстеження зміни її були лише злегка виражені, що знаходило своє відображення при проведенні звичайної та сенсибілізованої проб Ромберга, пальценосової та інших.

Слід також відзначити, що лише у однієї з представниць цієї вищевказаної групи при ультразвуковому дослідженні судин головного мозку на відміну від інших реєструвались не тільки дистонічні зміни судин без проявів вираженого стенозу, але й достатньо виражені симптоми недостатності кровообігу у вертебро-базилярному басейні головного мозку.

Таким чином, якщо систематизувати неврологічну картину, то вона носила превалююче ініціальний ангіоневрологічний характер у вигляді церебрального вегетативно-судинного симптомокомплексу з притаманним всім вищеозначеним хворим в першу чергу цефалгічним синдромом. Головний біль мав спорадичний характер, не характеризувався особливо довгою тривалістю, зазвичай тривав від кількох хвилин до кількох годин, не мав певної локалізації, а швидше був несистемний. В цілому такий головний біль не досягав піку гостроти до непереносимості, не призводив до нудоти чи ж то блювоти. У частини обстежених констатувалась метеотропна залежність та маніфестація цефалгій.

Якщо ж поглянути на фон формування церебральних ангіовегетодистонічних порушень, то у 11 пацієнтів або в 73,3% випадків превалювала картина підвищення системного артеріального тиску крові, тоді як у решти спостерігалась тенденція до гіпотензії.

Резюмуючи, слід відзначити, що у всіх обстежених реєструвалась наявність початкових проявів розладів вестибулярної функції і всі вони являлись людьми молодого віку.

© *В.П. Гайовий, 2011*

Г.И. ГАРЮК, Е.А. КУЛИКОВА, ЗУЕТИР САМИР, Н.Ф. ЖИДКОВА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

РОЛЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛАРИНГИТОМ

Актуальность проблемы хронического ларингита обусловлена распространением заболевания среди лиц трудоспособного возраста, сложностью и недостаточной изученностью патогенеза болезни, не удовлетворяющими клиницистов результатами лечения больных. Так как хронический ларингит возникает как следствие острой или хронической инфекции дыхательных путей и раздражения слизистой оболочки гортани различными неспецифическими факторами, то таким больным помимо классического оториноларингологического обследования необходимо проводить микробиологическое обследование слизистой оболочки гортани и цитологическое обследование соскобов из наиболее пораженных участков гортани.

Нами проанализированы результаты микробиологического и цитологического исследований слизистой гортани у 108 больных обострением хронического ларингита, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №30 г. Харькова в 2009-2010 гг.

Идентификация выделенной со слизистой оболочки гортани микрофлоры показа-

ла, что при классическом бактериологическом исследовании данных больных преобладала стрептококковая микрофлора. Всего выделено 122 штамма микроорганизмов. У 39 человек получены 2 штамма в ассоциации, у 27 человек рост микрофлоры на обычных аэробных среда не получен. Streptococcus piogenus – 33 штамма, Streptococcus pneumoniae – 30; Staphylococcus aureus – 19; Enterococcus – 17; Candida albicans – 15, Hemophylus influenzae – 5, Klesiella pneumoniae – 3. Отсутствие роста микрофлоры на обычных средах дает основание заподозрить вирусную этиологию заболевания либо, вызванную микрофлорой, не высевающейся на обычных средах: хламидии и микоплазмы. Наши данные по обследованию на вирус простого герпеса (ВПГ ½ тип) опубликованы в Материалах X1 съезда отоларингологов Украины (выявляли диагностически значимые титры специфических антигерпетических антител в сыворотке крови иммуноферментным методом).

В ряде случаев дополнительную информацию можно получить при классическом бактериоскопическом исследовании мазков из гортани (нативный мазок из гортани на предметное стекло). У 1 больного нами выявлены спирохеты Венсана, у 3 больных – трихомонады, у 4 – хламидии, у 17 – нити лептотрикса.

При проведении цитологических исследований у большинства больных выявлена картина воспаления с наличием фибринозно-гнойных налетов, обильной смешанной, в т. ч. грибковой флоры. По цитологическому исследованию мы можем судить о стадии воспаления: при остром воспалении выявляются нейтрофильные гранулоциты и макрофаги, при хроническом – обнаруживаются скопления лимфоцитов, плазматические клетки, гистиоциты, иногда гигантские многоядерные клетки типа «инородных тел», что свидетельствует о хроническом продуктивном воспалении. Цитологически возможно провести дифференциальную диагностику с такими продуктивными процессами, как туберкулез, болезнь Вегенера, сифилис, и позволяет судить о характере диспластических изменений слизистой оболочки, диагностировать предраковые заболевания. У 42 обследованных нами больных выявлена картина классического воспаления, у 25 – гиперпластический ларингит, гиперкератоз эпителия – 13 наблюдений, пролиферация цилиндрического эпителия – 8 случаев, дисплазия эпителиальных клеток умеренной степени выраженности – 9, тяжелой степени – 3, лимфоидная инфильтрация – 8.

Таким образом, параллельные микробиологические и цитологические исследования слизистой оболочки гортани у больных хроническим ларингитом позволяют не только уточнить характер микрофлоры для прицельного этиологического лечения, но и выделить больных группы риска с целью своевременной диагностики у этих больных неопластических процессов в ранних стадиях.

© *Г.И. Гарюк, Е.А. Куликова, Зуетир Самир, Н.Ф. Жидкова, 2011*

Г.И. ГАРЮК, А.М. ШЕВЧЕНКО, О.Г. ГАРЮК, Ю.В. ТИМОШЕНКО
(ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ЗАДАЧИ УГЛУБЛЕННОГО ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЛОР-ОРГАНОВ

Кровотечения и повышенная кровоточивость в отоларингологии отмечаются все чаще. В ряде случаев это может быть объяснено локальными местными причинами. Более серьезный характер носят случаи геморрагий, которые обусловлены врожденными, наследственными или приобретенными нарушениями гемостаза и могут быть системного характера. В ряде случаев у этой группы больных выявляется гемофилия − дефицит VIII фактора (гемофилия А) или дефицит IX фактора (гемофилия В). По данным литературы легкие формы гемофилии выявляются у 1 из 4000 обследованных, тяжелые −у 1 из 25000 (Фермилен Ж., Ферстрате М., 1984).

Относительная редкость выявления гемофилии, по нашему мнению, связана с недостаточной осведомленностью семейных врачей и представителей других специальностей, в частности отоларингологов, с этой проблемой. В специальной ЛОР-литературе публикации весьма скудные и в основном касаются описания отдельных случаев этой проблемы, особенно при оказании неотложной помощи.

Базой ЛОР-кафедры ХМАПО является специализированная ЛОР-больница, где круглосуточно оказывается ургентная помощь. В течение года на пункте ургентной помощи принимается более 21000 больных с различной ЛОР-патологией, подчас требующей не-

отложных вмешательств. В течение последних 10 лет анализ больных с носовыми кровотечениями различной интенсивности и длительности, особое внимание обратили на себя 5 больных. Источником кровотечения были сосуды, расположенные в сплетении Кисельбаха. Слизистая оболочка была истонченной, атрофичной.

Кровотечения рецидивировали, не поддавались различным методам воздействия. Клиническое обследование (включая анализ крови, коагулограмму) не выявило особых отклонений от нормы. Длительность кровотечений, частота их возникновения натолкнула на мысль о возможности заболевания крови, а именно гемофилии. Следует отметить, что тщательный анамнез не дал указаний на заболевание крови. Обследование в гематологической клинике выявило у 3 больных − гемофилию А, что повлекло коррекцию методов лечения с применением специфических препаратов (рекомбинатный фактор VII NovoSeven), после чего кровотечения были остановлены.

Серьезную опасность представляют паратонзиллярные абсцессы, требующие их срочного вскрытия. Кровотечения после вскрытия абсцесса были получены у 8 больных. Длительно (до 2 суток) геморрагии выявлены у 2 из них. Обследование в гематологической клинике выявило у них гемофилию А. И также больные скрыли наличие патологии крови. Не меньшую опасность представляют больные с травмами шеи, гортани, особенно при стенозах гортани, требующие неотложной помощи. Отмечено, что наличие заболеваний ЛОР-органов, требующих неотложной помощи, (в том числе хирургических вмешательств) осложняет течение основного заболевания и требуют компетенции гематологов. Оперативные вмешательства планового характера не производились. 4 больным с хроническим тонзиллитом было произведено криовоздействие в условиях стационара. Кровотечений у этой группы больных отмечено не было.

Учитывая специфичность, опасный для жизни характер осложнений заболеваний ЛОР-органов при гемофилии, проблема является весьма актуальной и важной. Необходимой является разработка диагностических унифицированных тестов, которые могут применяться в клинике негематологического профиля, особенно при оказании ургентной помощи в ЛОР-клинике. Необходима разработка адекватной тактики консервативного и хирургического лечения заболеваний ЛОР-органов при наличии гемофилии, а также при развившихся осложнениях гемофилии, обусловленных заболеваниями ЛОР-органов.

© *Г.И. Гарюк, А.М. Шевченко, О.Г. Гарюк, Ю.В. Тимошенко, 2011*

Г.И. ГАРЮК, А.М. ШЕВЧЕНКО, О.Г. ГАРЮК, И.В. ФИЛАТОВА, Ю.В. ТИМОШЕНКО
(ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА И НОСА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В последние годы заметной демографической тенденцией стало изменение возрастной характеристики населения, что проявляется в значительном его старении. Согласно классификации ВОЗ, пожилыми считаются люди, в возрасте 60-74 лет, а старыми – 75 лет и старше. В самом общем виде анатомо-физиологические особенности можно обозначить как постепенное необратимое снижение адаптационно-компенсаторных возможностей и физиологических резервов организма, снижение реактивности и стрессорезистентности, замедление всех процессов гомеостаза. Сужение диапазона адаптационных возможностей проявляется в учащенных фактах срыва компенсации в условиях экстренных либо минимально проявляющих допустимый уровень перегрузок.

Недостаточность кровообращения вызывает существенные сдвиги параметров центральной гемодинамики, происходят глубокие структурные и функциональные сдвиги в системе дыхания. В общем виде возрастные изменения кислородного бюджета сводятся к термину «старческая гипоксия». Таким образом, пациенты пожилого и старческого возраста представляют для врача совокупность проблем, обусловленных не только клиническими особенностями данной болезни в этом возрасте, но и весьма неблагоприятным общим функциональным фоном, физиологичным для данного контингента лиц. Особенности физиологии в этом возрасте значительно суживают возможности врача в выборе эффективных средств воздействия в силу значительного снижения стрессоустойчивости и адаптационно-компенсаторных возможностей организма этих больных.

Старение человека сопряжено с внутриклеточными и генетическими изменениями,

нарушением обмена веществ, снижением активности и содержания ферментов и других биологически активных веществ. Снижение ответных реакций организма, в том числе иммунной реакции, ослабление компенсаторно-адаптационных возможностей вносят существенные различия в развитие и клиническое течение воспалительного процесса. В результате угасания ответных реакций стареющего организма (в первую очередь реакции воспаления) клиническая картина, характерная для острого воспалительного процесса, существенно изменяется. У этих возрастных групп больных воспалительные явления чаще слабовыражены, а иногда и отсутствуют, что связано с возрастными изменениями кожи. Обычно симптомы наиболее выражены к 5-6 суткам, когда определяются размеры инфильтрата, границы его распространения на соседние ткани, а общая реакция организма достигает наивысшего развития. Снижение реактивности организма в пожилом и старческом возрасте, а также вялопротекающие репаративные процессы, восстановительные реакции тканей благоприятствуют длительному пребыванию патогенных микробов в очаге воспаления. Следствием этого может быть возникновение флебита и тромбоза угловой вены, возникновение хронического сепсиса с метастазированием инфектагента в легкие, печень, почки с развитием там гнойно-воспалительного процесса. Все это отягощает течение общего состояния больных и течение фурункулов и карбункулов носа. Следует учитывать тот факт, что около 20% этих больных страдают различными формами сахарного диабета. Отмечено, что наиболее уязвимой оказывается сердечно-сосудистая система. Из наиболее тяжелых осложнений фурункулов и карбункулов носа, кроме уже отмеченного сепсиса, следует подчеркнуть возможность возникновения тромбофлебита лицевых вен, тромбоз пещеристого синуса. Больные пожилого и старческого возраста особенно нуждаются в консультации челюстно-лицевого хирурга, невропатолога, окулиста.

Лечение больных с фурункулами и карбункулами носа, в том числе и с их осложнениями, требуют широкого вскрытия гнойника, его адекватного дренажа, массивной противовоспалительной терапии, десенсебилизирующей, дезинтоксикационной, дегидратационной, гормональной и антикоагуляционной терапии (под контролем коагулограммы). В случае тромбоза угловой вены – ее пересечение и иссечение, что препятствует распространению процесса тромбирования.

© *Г.И. Гарюк, А.М. Шевченко, О.Г. Гарюк, И.В. Филатова, Ю.В. Тимошенко, 2011*

В.Н. ГИНЬКУТ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Острые респираторные инфекции занимают первое место в структуре всей заболеваемости, составляя не менее 60% (Т.И. Гаращенко, 2009). Они чаще всего вызывают развитие фарингитов и синуситов (М.Р. Богомильский, 2009; I. Brook, 2010).

Несмотря на обширный арсенал лекарственных средств, терапия ими не всегда оказывается достаточно эффективной. Среди лекарственных средств, применяемых при ОРВИ, особый интерес представляют препараты комплексного действия, влияющие на несколько звеньев патогенеза заболевания (Т.И. Гаращенко и соавт., 2010).

Одним из таких препаратов является натуральный фитопрепарат Синупрет (Л.Р. Криничко, 2009). Синупрет обладает выраженным противовоспалительным действием, проявляя антивирусное, иммуномодулирующее и муколитическое свойства (Ю.В. Митин, Л.Р. Криничко, 2009).

Целью исследования являлось определение клинической эффективности применения препарата растительного происхождения Синупрет в комплексной терапии больных с ОРВИ.

Материалы и методы. Исследовали пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 42 лет, лечившихся амбулаторно с диагнозом ОРВИ. В исследование было включено примерно равное число мужчин и женщин (14 и 16). У всех больных изучали анамнез, сопутствующие заболевания, данные риноскопии и фарингоскопии, общеклинического и бактериологического обследования. Пациенты были распределены случайным методом на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и выраженности заболевания. Больные основной группы (n=15) получали Синупрет по 2 драже 3 раза в сутки. Пациенты контрольной группы (n=15) получали парацетамол, амизон, ацетилцистеин и аскорбиновую кислоту.

Об эффективности лечения судили по уменьшению болевого синдрома, кашля, улучшению самочувствия, снижению температуры тела, нормализации данных общеклинических исследований.

Кроме того, оценивали динамику клинических показателей: прекращение ринореи, восстановление носового дыхания, нормализацию риноскопической картины и показателей мукоцилиарного клиренса (по данным сахаринового теста).

Результаты и их обсуждение. На фоне применения Синупрета у 80,0% пациентов основной группы отмечено быстрое регрессирование основных симптомов заболевания уже в первые трое суток лечения.

Средние сроки нормализации температуры тела у них составили 2,0 ± 0,4 дня, в то время как пациентов контрольной группы 4,2 ± 0,5. Прекращение насморка, исчезновение заложенности носа и восстановление обоняния отмечены у пациентов основной группы соответственно на 4,9 ± 0,6, 5,9 ± 0,8 и 6,4 ± 1,0 день, а у больных контрольной группы на 5,9 ± 0,4, 6,3 ± 1,0 и 8,5 ± 0,9 день соответственно ($p < 0,05$).

К 7 дню нормализовались показатели времени мукоцилиарного транспорта (в контрольной группе к 12 дню).

Полное клиническое выздоровление к 8-му дню отмечено у 93,3% больных основной группы и у 73,3% контрольной ($p < 0,05$).

Побочных явлений на применение препарата Синупрет не наблюдалось.

Следует отметить, что три пациента контрольной группы заболели гаймороэтмоидитом, а у двоих был диагностирован тонзиллофарингит.

Вывод. Синупрет имеет очевидные преимущества перед стандартной посиндромной терапией ОРВИ, так как оказывает иммуностимулирующее воздействие, позволяет избежать развития бактериальной суперинфекции и снизить фармакологическую нагрузку на организм.

© *В.Н. Гинькут, 2011*

В.Н. ГИНЬКУТ (УКРАИНА, ДОНЕЦК)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Среди хронической патологии ЛОР-органов хронический тонзиллит остаётся самым частым заболеванием (Г.А. Гаджимирзаев, 2010; А.И. Крюков и соавт., 2010). Используемые в его лечении антимикробные препараты обеспечивают непродолжительный эффект и поэтому предпочтение следует отдавать применению иммунокорректоров (Е.А. Кирасирова и соавт., 2010; С.Г. Романенко, О.Г. Павлихин, 2010). Одним из наиболее хорошо изученных препаратов этого ряда является циклоферон, сочетающий высокую биологическую активность с низкой токсичностью, отсутствием аллергенного, мутагенного, канцерогенного и эмбриотоксического действия на организм человека (М.Г. Романцов, 2000). Циклоферон является индуктором синтеза интерферона и оказывает выраженное иммуностимулирующее, противовирусное и противовоспалительное действие (А.А. Руденко и соавт., 2000). Препарат проявляет высокую эффективность при системных заболеваниях соединительной ткани, подавляет аутоиммунные реакции и оказывает анальгезирующий эффект (В.А. Исаков, 2002).

Целью данного исследования явилось изучение возможности применения циклоферона в комплексном лечении пациентов с хроническим тонзиллитом и оценка его эффективности.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 24 пациента (основная группа) в возрасте от 23 до 52 лет с диагнозом хронический компенсированный тонзиллит с нарушением неспецифической резистентности и клеточного звена иммунитета, что и обусловило выбор для лечения больных препарата циклоферон. Таблетки циклоферона назначали в разовой дозе 300 мг (2 таблетки) за 30 мин до еды 1 раз в день на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23 сутки лечения. Курсовая доза составляла 3 г (20 таблеток).

В качестве контроля была взята группа пациентов (25 человек), репрезентативных по полу, возрасту и тяжести течения хронического тонзиллита, которые не принимали циклоферон. Базисная терапия больных основной и контрольной групп была идентичной, включала приём β-лактамных антибиотиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, местных антисептиков и антибиотиков, промывание лакун миндалин и их массаж, а также физиотерапевтическое лечение.

Эффективность лечения оценивали по клиническому течению заболевания. При этом в баллах оценивалась динамика жалоб больных –интенсивность и характер боли в горле, дискомфорт при глотании, ощущение инородного тела в горле, слабость, недомогание, сниже-

ние работоспособности. Изучались изменения объективных данных – наличие пробок и гноя в лакунах нёбных миндалинах, гиперемия слизистой оболочки глотки, болезненность региональных лимфатических узлов при пальпации. Кроме того, сравнивали результаты общелабораторных исследований, показатели секреторного Ig A, а также продолжительность и частота обострений заболевания в течение года.

Результаты и их обсуждение. По сравнению с группой контроля в основной группе больных отмечалась более выраженная положительная динамика заболевания. Так, 91,7% пациентов, принимавших циклоферон, отмечали существенное улучшение своего состояния в виде быстрого уменьшения симптомов интоксикации, дисфагии, повышении толерантности к физической нагрузке. У них быстрее улучшилась фарингоскопическая картина и наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей ($p<0,05$). Кроме того, у пациентов основной группы в 4 раза уменьшилась частота обострений болезни ($p<0,05$). Продолжительность этих обострений уменьшилась вдвое ($p<0,05$).

Вывод. Циклоферон целесообразно использовать в составе комплексного лечения хронического тонзиллита с целью потенцирования эффектов базисной терапии.

© *В.Н. Гинькут, 2011*

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

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ СИНУСИТАМИ

В подавляющем большинстве случаев назначение антибактериальных препаратов в практике ЛОР-врача проводится эмпирически, что связано с необходимостью ликвидировать воспалительный процесс до получения результатов микробиологического обследования (Д.А. Зинченко, 2006). Возрастание числа штаммов респираторных патогенов, вызывающих острые синуситы и вырабатывающих бета-лактамазы, заставляет клиницистов искать антибиотики, устойчивые к разрушающему воздействию бета-лактамаз (А.Ю. Овчинников и соавт., 2009; J. Delagrave, 2010; E.R. Wald, 2010).

Целью данного исследования являлось сравнительное изучение эффективности лечения острых синуситов цефодоксом и амоксициллин / клавуланатом.

Материалы и методы исследования. Особенности антибактериальной терапии были изучены нами у 30 больных острым гайморо-этмоидитом. Возраст пациентов колебался от 25 до 44 лет.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 15 больных (мужчин – 8, женщин – 7), которые в качестве антимикробного средства в течение 7-ми дней получали цефодокс (цефподоксим) per os по 200 мг в два приёма ежедневно. Пациенты второй группы – 15 человек (мужчин – 10, женщин – 5) в течение недели принимали аугментин (амоксициллин/клавуланат) по 1000 мг два раза в день внутрь. Кроме того, все пациенты получали также муколитики, противовоспалительные средства и деконгестанты.

Больным при поступлении в стационар в случае необходимости выполнялась пункция верхнечелюстной пазухи. При этом производился забор материала для бактериологического исследования. В последующем в поражённую пазуху вводили диоксидин с суспензией гидрокортизона. Кроме того, всем пациентам проводилось промывание околоносовых пазух по Проетцу и назначалось физиотерапевтическое лечение.

Эффективность лечения оценивали по снижению температуры тела, уменьшению болевого синдрома, исчезновению боли при перкуссии пазухи, улучшению самочувствия, уменьшении ринореи, улучшению носового дыхания, восстановлению проходимости естественных соустьев пазух, нормализации риноскопической картины и общеклинических показателей. В конце лечения выполняли контрольную рентгенографию ОНП и бактериологические исследования.

Результаты и их обсуждение. При бактериологическом исследовании мазков из поражённой пазухи у 1 (3,3%) пациента была высеяна Escherichia coli, у 2 (6,6%) – Proteus mirabilis, у 3 (10,0%) – Streptococcus pneumoniae, у 4 (13,3%) – Streptococcus pyogenes, у 5 (16,7%) – Staphylococcus aureus. Смешанные аэробно-анаэробные ассоциации бактерий были получены у 7 больных (23,3%). У 8 больных (26,7%) посев роста не дал.

Примечательно, что на 3-й день лечения о значительном улучшении самочувствия сообщили 8 (53,3%) пациентов, получавших цефодокс, и 7 (46,7%) – аугментин ($P<0,05$).

Эффективность лечения препаратом цефодокс была подтверждена статистически: полное клиническое выздоровление к 7-му дню отмечено у 93,3% больных первой группы и у 86,7% – второй ($P<0,05$). Бактериологическая эффективность при этом составила 86,7% и 80,0% соответственно ($P<0,05$).

Только у одного пациента первой группы и двух больных второй группы лечение необходимо было продолжить ещё в течение 2 дней. Аллергических реакций мы не наблюдали. Диспептических проявлений удавалось избежать, сочетая приём таблеток с йогуртом в капсулах.

Выводы. Лечение острого синусита препаратом цефодокс более эффективно, чем аугментином. Кроме того, цефодокс быстрее уменьшает основные симптомы заболевания.

© *В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев, 2011*

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

ПРИМЕНЕНИЕ СИНУПРЕТА ПОСЛЕ РИНОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Необходимость адекватного ведения послеоперационного периода после ринологических операций диктуется особенностями восстановления временно нарушенных транспортной, всасывательной, выделительной и защитной функций мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа (А.И. Крюков и соавт., 2010). Несмотря на щадящий характер хирургических методик, процесс заживления и регенерации в некоторых случаях затягивается: длительное время сохраняется отёк слизистой оболочки полости носа, наблюдается усиленное образование фибриновых плёнок и корок.

Поэтому поиск препаратов, оптимизирующих течение посттравматического ринита, продолжается (Н.А. Дайхес и соавт., 2009). Высокие ранозаживляющие и муколитические свойства синупрета по достоинству оценены ринохирургами (Ю.В. Митин, Л.Р. Криничко, 2009; С.Б. Лопатин, А.С. Власова, 2010).

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности синупрета у пациентов, перенесших внутриносовые операции.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 70 пациентов в возрасте от 18 до 49 лет (мужчин – 42, женщин – 28), которым в плановом порядке была произведена вазотомия нижних носовых раковин по поводу хронического вазомоторного ринита.

Кроме общеклинических исследований, всем больным до операции и в послеоперационном периоде осуществляли эндоскопический контроль и проводили сахариновую пробу по традиционной методике.

Пациенты были разделены на две клинические группы. Больные основной группы (32 человека) в послеоперационном периоде, кроме туалета полости носа растительным маслом и орошения слизистой оболочки солевыми растворами, получали синупрет по два драже три раза в сутки в течение 10 дней. Пациенты контрольной группы (38 больных) синупрет не принимали, выполнялся лишь традиционный туалет полости носа.

Эффект лечения оценивали по улучшению самочувствия, уменьшению количества слизи, плёнок и корок в носу, улучшению носового дыхания, нормализации риноскопической картины и показателей мукоцилиарного клиренса по результатам сахаринового теста.

Результаты и их обсуждение. Улучшение показателей сахариновой пробы и отхождение корок констатировано на третьи сутки у 71,9% пациентов основной группы и 52,6% – контрольной.

Темпы уменьшения отёчности и регенерации слизистой оболочки полости носа у пациентов, получавших синупрет, опережали таковые у больных контрольной группы в среднем на 4 дня.

На фоне приёма синупрета фибринозный налёт в полости носа исчезал на 3 дня раньше, чем при обычном лечении, а влажность слизистой оболочки восстанавливалась в 2,7 раза быстрее, чем у больных, лечившихся без применения фитопрепарата ($p<0,05$).

Значительное клиническое улучшение к моменту выписки из стационара (7 сутки) было констатировано у 28 пациентов (87,5 %) основной группы и у 26 (68,4%) – контрольной.

У всех пациентов основной группы к концу лечения наблюдалось существенное улучшение носового дыхания и восстановление функциональных показателей. Нормализация носового дыхания, прекращение насыхания корок и полное выздоровление на

двенадцатый день после оперативного вмешательства наблюдалось у 93,8% больных основной группы и у 84,2% – контрольной ($p < 0,05$).

© *В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев, 2011*

Вывод. Применение синупрета является эффективным способом послеоперационной реабилитации больных, перенесших подслизистую вазотомию нижних носовых раковин.

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

ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ В ГОРЛЕ

Наиболее частой причиной возникновения боли в горле являются воспалительные и инфекционные заболевания, приводящие к поражению слизистой оболочки глотки (S.J. Kilty, I. Gaboury, 2008). Для купирования боли в горле обычно применяют средства, содержащие антисептические и анестетические компоненты, а также антибактериальные и нестероидные противовоспалительные препараты. Их действие в основном происходит на местном уровне, что обусловливает рациональность лечения воспалительных изменений в глотке, вызванных как инфекционными, так и неинфекционными причинами (А.И. Крюков и соавт., 2005). Поэтому важным является возможность максимально адекватного лечения фарингитов, которое быстро и эффективно снижает интенсивность боли, действуя на причину, и характеризуется длительность эффекта (Д.А.Зинченко, 2009). В последние годы внимание клиницистов привлекают такие препараты для лечения боли горле, как Стрепсилс Интенсив (флурбипрофен – нестероидный противовоспалительный препарат, ингибирующий фермент циклооксигеназу и угнетающий синтез простагландинов – медиаторов боли) и комплексный гомеопатический фитопрепарат Тонзипрет.

Целью данного исследования явилось сравнение эффективности местной терапии фарингитов препаратами Стрепсилс Интенсив и Тонзипрет.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных с фарингитом в возрасте от 18 до 53 лет. Мужчин было 18 (56,3%), женщин – 14 (43,7%). Всем больным в день госпитализации производились бактериологические посевы из зева.

В одной группе пациентов (15 человек) для купирования боли в горле использовали препарат Стрепсилс Интенсив, в другой (17 человек) в качестве местного анестетика назначали препарат Тонзипрет. Все препараты пациенты применяли в обычных дозировках.

Клиническая эффективность препаратов оценивалась на основании динамики уменьшения выраженности болевых ощущений, устранения отёка слизистой оболочки и облегчения акта глотания, улучшения самочувствия.

Кроме того, были оценены температурная реакция и необходимость в применении парентеральных анальгетиков.

Результаты и их обсуждение. При назначении Стрепсилс Интенсив быстрый и хороший эффект с достоверным уменьшением боли в горле и отёка слизистой оболочки достигался уже через 15-30 минут после приёма препарата и сохранялся как минимум в течение 3 часов.

Препарат Тонзипрет достоверно уменьшает отёк слизистой оболочки глотки на 10% через 15 минут, на 18% через 30 минут и на 25% спустя 60 минут.

86,7% пациентов оценили результаты лечения Стрепсилс Интенсив как «хорошие» или «очень хорошие». В группе больных, принимавших Тонзипрет, доля таких пациентов составила 88,2%.

Спустя 3 дня после начала применения препарата Стрепсилс Интенсив у 93,3% больных симптомы полностью регрессировали или стали незначительными. В группе больных, принимавших Тонзипрет, доля таких пациентов составила 94,1%.

Не было найдено никакой статистической разницы ($p < 0,05$) между двумя исследуемыми группами при оценке динамики боли с помощью визуального аналогового масштаба во всём временном интервале. Также не была выявлена статистическая разница для остальных измеренных параметров.

Ни в одном случае мы не наблюдали возникновения побочных реакций от применения указанных препаратов.

Вывод. При купировании боли в горле нет статистически существенных преимуществ препарата Стрепсилс Интенсив перед фитопрепаратом Тонзипрет.

© *В.Н. Гинькут, В.В. Гинькут, 2011*

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАКРОЛИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ

В последние годы наблюдается стремительный рост резистентности возбудителей хронических риносинуситов к антибактериальным препаратам (А.Г. Волков и соавт., 2010). Поэтому антимикробная терапия требует применения антибиотиков, спектр действия которых охватывает предполагаемые респираторные патогены. В настоящее время макролиды рассматриваются как важная группа химиотерапевтических препаратов с высокой клинической эффективностью при лечении хронических синуситов (М.А. Мокроносова, Ю.С. Куян, 2010). Кларитромицин – эффективный респираторный макролид, который отлично проникает в поражённые околоносовые синусы, создавая там высокие терапевтические концентрации (А.Ю. Овчинников и соавт., 2010).

Целью данного исследования явилось изучение эффективности кларитромицина (Клацида) при хронических риносинуситах.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных с хроническими риносинуситами в возрасте от 27 до 48 лет. Мужчин было 29 (72,5%), женщин – 11 (27,5%). У всех пациентов изучали анамнез, сопутствующие заболевания, предшествующую антибактериальную терапию (препараты, дозы, длительность), данные риноскопии и рентгенографического обследования. Всем больным производились бактериологические посевы.

Пациенты получали деконгестанты, муколитики, противовоспалительные средства и местные антисептики. Проводилось промывание околоносовых пазух по методу Проетца, пункция поражённой верхнечелюстной пазухи и её дренирование. Гайморотомия произведена 12 больным, фронтотомия – 3, полипоэтмоидотомия – 19.

Кларитромицин назначался перорально по 500 мг в один приём в течение десяти дней. Клиническая эффективность препарата оценивалась на основании динамики клинических симптомов заболевания и риноскопической картины. При этом учитывали сроки снижения и стабилизации температуры тела, уменьшения болевого синдрома и ринореи, улучшения обоняния, исчезновения заложенности носа, улучшения носового дыхания и самочувствия.

В конце лечения выполняли контрольное бактериологическое и рентгенологическое обследование.

Результаты и их обсуждение. При микробиологическом исследовании Staphylococcus aureus был высеян у 3 (7,5%) пациентов, S. epidermidis – у 4 (10,0%), Streptococcus pyogenes – у 5 (12,5%), Proteus mirabilis – у 8 (20,0%), Pseudomonas aeruginosa – у 10 (25,0%).

У 10 (25,0%) пациентов посев роста не дал.

На фоне применения кларитромицина у большинства пациентов отмечена быстрая положительная динамика основных симптомов заболевания. Так, средние сроки нормализации температуры составили 5,5 ± 0,4 дня, уменьшение и исчезновение гнойного отделяемого, головных и лицевых болей и затрудненного носового дыхания отмечены на 6,5 ± 0,5, 7,0 ± 0,3 и 8,2 ± 0,2 дня соответственно.

Эффективность лечения подтверждена статистически ($p < 0,05$): достоверное улучшение к десятому дню заболевания отмечено у 87,5% больных. Бактериологическая эффективность составила 92,5%.

Нежелательные побочные явления (тошнота и диарея) наблюдались у двух пациентов (5,0%), они были слабо выражены и купировались самостоятельно.

Вывод. Кларитромицин является высокоэффективным и безопасным препаратом при пероральном применении у пациентов с хронической гнойной патологией околоносовых синусов.

© *В.Н. Гинькут, В.В. Гинькут, 2011*

О.В. ГОВДА, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.В. СТАХІВ, І.В. МАЛЬОВАНА, Л.В. ЯШАН, У.Р. ДУЖИК, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СЕПТОФІТ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ФАРИНГІТУ У ДОРОСЛИХ

Хронічний фарингіт – це хронічне запалення слизової оболонки горла. Розрізняють наступні форми хронічного фарингіту: катаральну, гіпертрофічну і атрофічну. Серед них найлегше

перебігає катаральний хронічний фарингіт. При цій формі фарингіту проводять місцеве лікування, яке заключається у призначенні полоскань, інгаляцій чи пульверизацій, змащувань горла лікарськими речовинами. Але у вітчизняній оториноларингології не використовувався препарат Септофіт для місцевого лікування хронічного катарального фарингіту.

Ми застосували Септофіт в місцевому лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих.

Септофіт – новий природний фіто септик місцевої дії, одержаний з рослини Цетрарія Ісландська. Виробник – «Здравлє АТ», Сербія. Випускається в таблетках для розсмоктування. Складовими речовинами Септофіту є: уснінат натрію (натрієва сіль уснінової кислоти), ментол та допоміжні речовини (глюкози моногідрат та інші). Уснінат натрію проявляє антибактеріальні і протизапальні властивості, діє безпосередньо на збудників інфекції, запобігаючи її подальшому поширенню і не ушкоджуючи нормальної мікрофлори слизової оболонки, не викликає резистентності. Ментол, потрапляючи на слизову оболонку, обумовлює вазодилатацію, відчутя прохолоди, м‘який анестезувальний, протизапальний і дезодоруючий ефекти. Комбінація уснінату натрію і ментолу має виражену антибактеріальну, протигрибкову, антипротозойну, антивірусну дію та помірну протизапальну і знеболювальну дію.

Септофіт застосовується для місцевого лікування інфекційно-запальних захворювань горла та ротової порожнини (фарингіт, ларингіт, тонзиліт, в тому числі ангіни, хрипота і болісні відчуття у горлі, стоматит, кандидоз ротової порожнини), а також верхніх дихальних шляхів, що супроводжуються сухим кашлем.

Таблетки Септофіт розсмоктують в ротовій порожнині, не розжовуючи та не запиваючи. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 4 – 6 таблеток на добу кожні 4 – 6 год, дітям від 4 до 12 років – до 4 таблеток на добу кожні 6 год.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010рр. знаходилось 26 хворих на хронічний катаральний фарингіт віком від 22 до 45 років.

Хворі скаржились на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу. Фарингоскопічно відзначались гіперемія і набряк слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла; слизова оболонка була вкрита в‘язким слизово-гнійним виділенням. Хворі були поділені на 2 групи: основну і контрольну. В основну групу входило 16 пацієнтів, в контрольну – 10. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Пацієнти основної групи одержували Септофіт, контрольної – загальноприйняте лікування. Септофіт призначався по 1 таблетці через кожні 4 год, розсмоктуючи, але не розжовуючи і не запиваючи.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб‘єктивна оцінка терапії хворими та фарингоскопічна картина. Скарги на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу у хворих, що приймали Септофіт, поступово зникли через 5-6 днів у 12 пацієнтів. Решта 4 хворих відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла була рожевою, нормальної консистенції, без в‘язких слизово-гнійних виділень. У хворих контрольної групи позитивний ефект наставав до 10-11-го дня лікування.

Стерпність Септофіту у всіх хворих була доброю, алергійних реакцій та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування Септофіту для місцевого лікування хронічного катарального фарингіту у дорослих значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Септофіт добре переноситься хворими, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його в місцевій терапії хворих на хронічний катаральний фарингіт.

© *О.В. Говда, Г.С. Протасевич, О.В. Стахів, І.В. Мальована, Л.В. Яшан, У.Р. Дужик, Р.Т. Чортківський, 2011*

О.П. ГОЛОБОРОДЬКО, Т.Д. САВЧЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ КОАГУЛЯЦІЙНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОРТАНІ

Тривалий перебіг хронічних запальних процесів у гортані сприяє виникненню низки захворювань, зокрема, хронічного гіперпластичного ларингіта та папіломатоза гортані, котрі, як вважають, можуть передувати виникненню злоякісної пухлини. Беручи до уваги те, що в осередку запалення спостерігаються порушення мікроциркуляції, а про стан останньої

судять за активністю гемостаза, в плазмі крові хворих на папіломатоз гортані (9 пацієнтів) і хронічний гіперпластичний ларингіт (13 пацієнтів) досліджували два показники гемокоагуляції: тривалість протромбінового часу та рівень фібриногена.

Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб, у яких протромбіновий час дорівнював (23,5±0,8) с і вміст фібриногена – (2,2±0,1) г/л.

У хворих обох груп спостерігали уповільнення швидкості зсідання плазми крові за протромбіновим часом та підвищення рівня фібриногена в однаковій мірі відносно відповідного контрольного показника. Так, при папіломатозі гортані протромбіновий час дорівнював (27,0±1,2) с ($p<0,05$), а при хронічному гіперпластичному ларингіті – (28,0±1,3) с ($p<0,01$). Концентрація фібриногена при обох патологічних станах була однаковою (3,0±0,2) г/л. Ступінь її зростання порівняно з контрольним значенням становить 1,36 рази ($p<0,01$).

Таким чином, у хворих з передраковими захворюваннями гортані було відмічене достовірне послаблення коагуляційної здатності крові в протромбіновому тесті на тлі збільшеного вмісту фібриногена.

© *О.П. Голобородько, Т.Д. Савченко, 2011*

Я.Ю. ГОМЗА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПОСЛІДОВНІСТЬ ЗАХОДІВ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЛУХОВИХ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ

На сьогодні питання діагностики, профілактики та лікування слухових порушень у хворих на церебральний гіпертонічний криз залишаються актуальними. Метою дослідження було розробити ефективні заходи діагностики, профілактики та лікування слухових порушень функції внутрішнього вуха у хворих на церебральний гіпертонічний криз.

В клініці кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця хворим на церебральний гіпертонічний криз проводилось комплексне аудіологічне і вестибулометричне обстеження. В залежності від завдань дослідження хворі були рандомізовані на наступні клінічні групи. Для визначення ефективності комплексного консервативного лікування порушень слухової функції внутрішнього вуха у хворих на судинні захворювання головного мозку з гострим перебігом (медикаментозної терапії в поєднанні з калоричною вестибулярною стимуляцією) обстежено 60 хворих на церебральний гіпертонічний криз, у яких при виписці із неврологічного стаціонару в результаті аудіологічного обстеження були виявлені порушення функції внутрішнього вуха та встановлений діагноз гострої сенсоневральної приглухуватості судинного ґенезу, а під час вестибулометрії виявлялась гіпорефлексія лабіринту. Обстежувані хворі були розподілені на наступні клінічні групи: 30 хворих на гостру сенсоневральну приглухуватість після церебрального гіпертонічного кризу, яким проводилось комплексне консервативне лікування порушень функції внутрішнього вуха – медикаментозна терапія порушень функції внутрішнього вуха за новою схемою та калорична вестибулярна стимуляція, та 30 хворих на гостру сенсоневральну приглухуватість після церебрального гіпертонічного кризу, яким проводилась традиційна медикаментозна терапія сенсоневральної приглухуватості. Медикаментозна терапія порушень слухової і вестибулярної функції внутрішнього вуха, що проводилась у хворих основної групи обстежуваних, передбачала призначення аргініну, цитохрому-С, пентоксифіліну, пірацетаму, метилпреднізолону, гінкго двулопастного, бетагістину.

Результати порівняльного аналізу основних і контрольних груп хворих на церебральний гіпертонічний криз з гіпорефлексією лабіринтів, яким проводилось комплексне консервативне лікування порушень функції внутрішнього вуха після курсу стандартної терапії церебрального гіпертонічного кризу, за показниками підвищення порогів кісткової провідності звуків демонструють статистично достовірне ($P<0,001$) зменшення кількості хворих з порушеннями слухової функції – 43,3% основної групи до 96,7% контрольної групи.

Таким чином, з проведених досліджень витікає, що порушення функції внутрішнього вуха у хворих на судинні захворювання головного мозку слід вчасно виявляти. Таких хворих доцільно піддавати більш ретельному обстеженню з використанням комплексної аудіометрії і вестибулометрії, і після підтвер-

дження діагнозу призначати відповідне лікування розладів внутрішнього вуха. Після підтвердження наявності лабіринтних порушень хворих на церебральний гіпертонічний криз слід піддавати спеціальному лікуванню. Результати роботи доводять, що дослідження в даному напрямку є перспективними і вимагають подальшого наукового пошуку з метою вдосконалення якості надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярну патологію, які мають слухові порушення функції внутрішнього вуха. Враховуючи вищезазначене, рекомендуємо дану послідовність заходів діагностики, профілактики та лікування слухових порушень внутрішнього вуха у хворих на церебральний гіпертонічний криз.

© *Я.Ю. Гомза, 2011*

І.І. ГОРІШНІЙ, В.В. КРИВША, І.С. ПУГАЧ, М.М. ХОМЧЕНКОВ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕМОСТАТИКІВ ПРИ КРОВОТЕЧАХ З НОСА, ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ, МИГДАЛИКОВОЇ НІШІ

Носова кровотеча – це синдром або симптомокомплекс, який супроводжує значну кількість патологічних станів. Носові кровотечі є ускладненням або проявом цих патологічних процесів. Відомо майже 100 нозологічних форм (хвороб), які супроводжуються цим синдромом. Найпоширенішим ускладненням підчас тонзилектомії є кровотеча з операційної рани (мигдаликової ніші). 1/3 оперативних втручань на верхньощелепній пазусі супроводжується кровотечею або кровоточивістю, що потребує виконання тампонади пазухи.

Загальновідому аксіому «від чого б не починалась кровотеча перед усім її треба зупинити, а потім шукати і лікувати причини» знають всі практикуючі лікарі зі стажем. Методів зупинки кровотечі багато: а) механічні; б) хімічні; в) термічні; г) хірургічні; д) медикаментозні.

Ми би хотіли звернути увагу на застосування препарату «Серджифло» (гемостатик нового покоління фірми «Джонсон-Джонсон») при кровотечах з носа, з приносових пазух, з мигдаликової ніши після тонзилектомії.

В середині 90-х років минулого століття оториноларингологи світу почали використовувати гемостатики фірми тампони «Джонсон-Джонсон», нас зацікавив препарат «Седжифло». Гемостатична матриця «Серджифло» – це стерильна розсмоктуюча текуча матриця зі свинячого желатину. Характерними рисами даного препарату є: консистенція у вигляді піни, яка покращує контакт для адгезії тромбоцитів і щільного прилягання препарату до нерівних поверхонь; препарат можна легко видалити за допомогою іригації фізіологічного розчину або аспірацією; розсмоктується через 4-6 тижнів викликаючи мінімальну тканинну реакцію. При набиранні гемостатичної матриці «Серджифло» з упаковки дотримуємось правил асептики для запобігання порушення стерильності матеріалу. Для приготування гемостатичної матриці «Серджифло» користуємось наступною методикою:

- набираємо в порожній стерильний шприц 2 мл стерильного фізіологічного розчину;
- з'єднуємо шприц з гемостатичною матрицею і шприц з розчином за допомогою люєровського конвектора;
- починаємо змішування 2-х компонентів, вприскуючи фізіологічний розчин в желатинову матрицю;
- продовжуємо змішування компонентів, за допомогою поршня шприца комбінований матеріал переміщуємо вперед і назад до отримання однорідної консистенції (5-6 разів);
- після змішування компонентів в одному з шприців повинно знаходитись 7 мл гемостатичної матриці. Знімаємо порожній шприц і люєровський адаптер;
- приєднуємо до шприца, заповненого готовим продуктом, наконечник-аплікатор;
- продукт повністю підготовлений для використання з клінічною метою.

Гемостатична матриця «Серджифло» накладається на ділянку кровотечі, після цього помірно набухає (збільшується в 1,5 рази). Після видалення за допомогою вимивання фізіологічним розчином кровоточива поверхня залишається сухою. Якщо ми не можемо видалити матрицю (наприклад, з верхньощелепної пазухи), вона розсмоктується через 4-6 тижнів.

На кафедрі оториноларингології НМАПО імені П.Л. Шупика. Ми застосовували гемостатичну матрицю «Серджифло» у 4-х хворих: 1 пацієнту з носовою кровотечею з передніх відділів носа, 1 – підчас гайморотомії, 2 – після тонзилектомії. У хворого з носовою кровотечею видалили матрицю за допомогою фізіологічного розчину через 48 годин; у хворих після

тонзілектомії через 24 години, у хворого після гайморотомії не видаляли. Рецидивів кровотечі у хворих не спостерігалось.

На нашу думку застосування гемостатичної матриці «Серджифло» має наступні переваги перед класичними методами тампонування носа і верхньощелепної пазухи, тампонування мигдаликової ніши з прошиванням дужок, а саме: гемостатичну матрицю «Серджифло» можна легко вводити в носову порожнину, верхньощелепну пазуху, мигдаликові нішу; продукт матриці можна легко і безболісно видалити; при застосуванні в порожнині носа дозволяє пацієнту дихати.

Простота виконання зупинки кровотечі вище викладеною методикою дозволяє нам рекомендувати її для застосування в практиці оториноларинголога.

© *І.І. Горішній, В.В. Кривша, І.С. Пугач, М.М. Хомченков, 2011*

І.І. ГОРІШНІЙ, М.М. ХОМЧЕНКОВ, І.С. ПУГАЧ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ РОЗЧИНІВ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦІЇ СЛУХОВОЇ ТРУБИ У ХВОРИХ НА ХССО

Загальноприйнятою точкою зору є твердження, що в ґенезі хронічного секреторного середнього отиту (ХССО) лежать порушення дренажної і вентиляційної функції слухової труби (Virolalainen E., 1980; Hormann, 1987; Крук М.Б., 1986; Іськів Б.Г., 1987; Тарасов Д.И., 1988; Березнюк В.В., 1999; Тімен Г.Є., 2001). Лікування хворих з ХССО повинно бути комплексним і поетапним відповідно формі захворювання (Іськів Б.Г., Горішній І.І., 1997; Тімен Г.Є., 2001).

Ми хотіли звернути увагу на один з найбільш раціональних методів в комплексі консервативного лікування у хворих з серозною та слизовою формами ХССО – катетеризацію слухової труби з введенням лікарських речовин. Дана маніпуляція є одним з ефективних методів лікуваня захворювання слухової труби. Класично така маніпуляція проводиться в оглядовій, пацієнту в сидячому положенні. Введення катетера у вічко слухової труби контролюється аускультативно або зі слів пацієнта. Відчувши проходження повітря в слуховій трубі, фіксується катетер. Помічник вводить лікарський розчин в катетер з шприца. Балоном Політцера вдуваємо повітря в катетер, лікарський розчин потрапляє в слухову трубу. Але при цьому часто виникає проблема – лікарський розчин з різних причин (набряк, злипання стінок слухової труби) потрапляє тільки до вічка слухової труби а не в просвіт останньої. Найбільш частіше застосовують наступні лікарські розчини: емульсію гідрокортизона, протеолітичні ферменти, муколітики, протинябрякові суміші.

На протязі останніх років в нашій клініці отоларингології НМАПО ім. П.Л. Шупика ми користуємось наступною методикою катетеризації слухової труби в комплексному лікуванні хворих на ХССО з серозною і слизовими формами.

Введення катетера у вічко слухової труби контролюємо аускультативно або ендоскопічно. Якщо відчули проходження повітря в слуховій трубі, фіксуємо катетер. Після цього голові пацієнта надаємо положення №1: при якому глоткове вічко труби знаходиться зверху, а барабанна порожнина знизу. Асистент вводить судино-звужуючі краплі невеличкими порціями в дистальний отвір катетера з шприца з довгою голкою. Балоном Політцера вдуваємо повітря в катетер, і розчин потрапляє в слухову трубу. Катетер виймаємо. Через 5 хвилини голові пацієнта надаємо положення №2, при якому хворе вухо пацієнта знаходиться зверху, а слухова труба майже у вертикальному положенні. Балоном Політцера продуваємо вуха, розраховуючи, що вміст з барабанної порожнини під дією повітря буде виходити назовні і вниз через слухову трубу. Ефект такого продування посилюємо пневмомасажем. Закінчуємо процедуру при положенні голови №1, введенням через катетер в слухову трубу лікарських розчинів: при серозній формі ХССО вводимо протинабрякову суміш або емульсію гідрокортизона; при слизовій формі ХССО відповідно – муколітики. На курс лікування – 7-10 процедур. За даною методикою нами пролiковано 95 хворих віком від 19 до 65 років. Позитивний результат лікування відмічався у всіх хворих.

Таким чином можемо рекомендувати дану методику введення лікарських розчинів при катетеризації слухової труби у складі комплексного лікування ХССО в практику оториноларинголога.

© І.І. Горішній, М.М. Хомченков, І.С. Пугач, 2011

М.В. ГУБІН, Г.І. ГАРЮК, В.М. ГУБІН, А.В. ЛУПИР (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИННОГО ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ТРАВМОЮ ГОЛОВИ ТА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТЗІ

Одна із проблем у судово-медичній експертизі живих осіб – це встановлення посттравматичного походження сенсоневральної приглухуватості (СП). Аналіз комісійних судово-медичних експертиз Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ) показав, що в 23,3% з них із приводу посттравматичної сенсоневральної приглухуватості був виключений причинний зв'язок СП із травмою голови, установлений при первинній експертизі та, відповідно, змінений ступінь важкості тілесних ушкоджень. Виходячи із цього, на наш погляд, становить інтерес випадок судово-медичної експертизи громадянки К., 60 років, яка на вулиці одержала удар цеглою по голові від громадянина М. Після того, що трапилося, постраждала була госпіталізована в хірургічний стаціонар з діагнозом: «забій, гематома лобної ділянки з правого боку». Через 1,5 міс. після травми К. стала відзначати зниження слуху на праве вухо та звернулася до лікаря-сурдолога поліклініки і направлена на стаціонарне лікування до спеціалізованого ЛОР-стаціонару з діагнозом: «правобічна сенсоневральна приглухуватість травматичного ґенезу». За даним випадком експертом ХОБСМЕ, який зв’язував СП у ромадянки К. із травмою голови, проведено обстеження. У результаті цього тілесні ушкодження у постраждалої оцінені як середнього ступеня тяжкості. Органами досудового слідства порушена кримінальна справа. Після 5-ти років судових розглядів, по клопотанню М., фахівцями ХОБСМЕ проведена комісійна експертиза, яка виключила причинний зв’язок між травмою голови в постраждалої К. і СП, вважаючи її походження внаслідок хронічної судинної патології, що була до травми. Однак, адвокат громадянки К., зіславшись на протиріччя в судово-медичних висновках, клопотав про призначення повторної комісійної судово-медичної експертизи, яка була проведена за нашою участю. У ході експертизи на базі спеціалізованого стаціонару проведене ретельне клініко-аудіологічне та отоневрологічне обстеження постраждалої К. На підставі результатів цих досліджень, характері слухових порушень експертною комісією було ухвалене рішення про проведення спіральної комп'ютерної томографії головного мозку та кісток склепіння К.. Комп’ютерна томографія встановила в неї наявність в ділянці правого мосто-мозочкового кута пухлиноподібного утворення – невриноми правого слухового нерва. Ця пухлина не є посттравматичною. Таким чином, повторною комісійною експертизою також був виключений причинний зв’язок між травмою голови та СП, тільки вже на підставі об’єктивних даних. Проведена експертиза, дала можливість закрити кримінальну справу відносно громадянина М.

Випливає висновок, що тільки комплексне обстеження постраждалого на базі спеціалізованого стаціонару із залученням фахівців сурдолога, отоневролога та ретельне вивчення анамнезу з урахуванням віку, дозволить правильно встановити причинний зв'язок між травмою голови та СП, відповідно встановити ступінь тяжкості тілесних ушкоджень.

© *М.В. Губін, Г.І. Гарюк, В.М. Губін, А.В. Лупир, 2011*

М.В. ГУБІН, Г.І. ГАРЮК, В.М. ГУБІН, Т.В. ПОЧУЄВА, В.Л. ЧУВАКОВ (ХАРКІВ, УКРАЇНА)

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ТРАВМ ГОРТАНІ ЗА СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

Вдосконалювання судово-медичної експертизи живих осіб вимагає обґрунтування нових діагностичних підходів та критеріїв, що об’єктивізують оцінку ступеня тяжкості різних видів тілесних ушкоджень. Потреба виконання наукових досліджень у цьому напрямку підтверджена паспортом спеціальності 14.01.25 – «Судова медицина», який розроблено провідними фахівцями ВАК України. Разом з тим, аналіз спеціальної літератури показує, що серед ушкоджень ЛОР-органів залишаються не визначеними діагностичні критерії для всебічної судово-медичної оцінки при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при травмах шиї, зокрема при травмах гортані. Останні складають 32% в структурі

ургентних захворювань гортані. Судово-медична експертиза травм гортані становить 4% від щорічної кількості експертних досліджень із приводу визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, що пов'язані з травмою вуха, горла, носа. Разом з тим при судово-медичні оцінці ушкоджень гортані з повним порушенням цілості її стінки (усіх шарів), незалежно від того з боку шкіряних покривів чи з боку слизової оболонки заподіяні тілесні ушкодження, труднощів не виникає. Такі ушкодження згідно «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (Наказ МОЗ України №6 від 17.01.1995 р.) відносяться до тяжких, як небезпечні для життя. Але, якщо має місце не повне порушення цілості стінки гортані, то такі ушкодження не є небезпечними для життя і тому судово-медична оцінка повинна здійснюватись за наслідками та кінцевими результатами травми. В таких випадках необхідно використовувати критерії «тривалість розладу здоров'я» або «стійка втрата загальної працездатності «Правил…» і ушкодження можуть бути оцінені як середньої тяжкості, або легкі. Як показав аналіз висновків експерта (актів) судово-медичної експертизи проведеної у відділі експертизи потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ) за 2007-2010 рр. в експертній практиці більше травм гортані що не є небезпечними для життя. За цей період часу до судово-медичної експертизи за направленням судово-слідчих органів звернулось 10 постраждалих. З них лише в одного постраждалого було зафіксовано ушкодження гострим знаряддям всіх шарів стінки гортані та трахеї, що є небезпечним для життя. В інших спостереженнях мали місце травми гортані ускладнені розвитком гострого посттравматичного ларингіту з крововиливами в голосові зв'язки, їх набряклістю, порушеннями рухливості та фонації. Порушення цілості щитопід'язичної мембрани, перелом щитоподібного хряща, набряк м'яких тканин в ділянці черпалоподібних хрящів було встановлено лише в одного постраждалого. Тілесні ушкодження в одному спостереженні експертами були розцінені як тяжкі за критерієм небезпека для життя «Правил…», в 3-х – як середньої тяжкості за критерієм «тривалість розладу здоров'я» «Правил…». На наш погляд, лише в цих експертизах врахована повна тривалість розладу здоров'я та кінцеві результати травм гортані. В інших випадках експертних досліджень встановлені легкі тілесні ушкодження, що спричинили за собою короткочасний розлад здоров'я. Як бачимо, на практиці домінують ушкодження, які потребують ретельної судово-медичної оцінки їх кінцевих результатів. Отже, нами розроблено алгоритм-програму для проведення наукових досліджень по виявленню та обґрунтуванню судово-медичних діагностичних критеріїв травм гортані, яка містить наступні етапи: 1) Аналіз клінічного перебігу та кінцевих результатів травм гортані відповідно до «Правил…». На основі проведеного аналізу виявлення судово-медичних діагностичних критеріїв тяжкості травм гортані. 2) Встановлення частоти виникнення травм гортані, особливостей їхнього клінічного перебігу та кінцевих результатів на основі аналізу архівного судово-медичного матеріалу. 3) Зіставлення отриманих даних при аналізі судово-медичного архівного матеріалу із клінічними даними. Трактування отриманих даних. 4) Проведення судово-медичних експертиз у сполученні з комплексним клінічним обстеженням постраждалих. 5) Обґрунтування судово-медичних діагностичних критеріїв визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при травмах гортані. Проведені дослідження нададуть допомогу фахівцям у галузі судової медицини у напрямку підвищення якості судово-медичної діагностики при експертизі живих осіб.

© *М.В. Губін, Г.І. Гарюк, В.М. Губін, Т.В. Почуєва, В.Л. Чуваков, 2011*

Л.В. ГУЛЯЕВА (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

«АНГИЛЕКС» ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Воспалительные заболевания глотки являются одной из наиболее распространенных причин обращения детей к детским отоларингологам, педиатрам, семейным врачам поликлиник. В свою очередь в структуре оперированных больных заболевания лимфоглоточного кольца занимают ведущее место в детских отоларингологических стационарах.

Плохая переносимость боли в области ротоглотки маленькими пациентами, и как след-

ствие, отказ от приема пищи, неумение полоскать горло, негативное восприятие вкусовых качеств многих лекарственных препаратов местного применения – это те трудности, с которыми постоянно сталкивается детский отоларинголог.

Среди врачей отоларингологов до настоящего времени отсутствует единая тактика на ведение послеоперационного периода у больных, которым проводилось оперативное лечение на лимфоглоточном кольце. Болевой синдром, возникающий в ответ на операционную травму, приобретает наибольшую актуальность в педиатрической практике, так как страдает, прежде всего, качество жизни детей.

В послеоперационном периоде возникает явления реактивного воспаления ткани и опасность микробной контаминации раневой поверхности, что требует назначения противовоспалительных препаратов.

Необходимость проведения адекватного лечения с целью улучшения качества жизни, сокращения числа дней заболевания и предотвращения возможных осложнений заставляет продолжать поиск новых лекарственных средств, сочетающих в себе обезболивающие и противовоспалительные эффекты, обладающие приятным вкусом и имеющие удобные формы выпуска.

Перед врачом стоит выбор схемы амбулаторного лечения, которая должна обеспечить быстрый терапевтический эффект при высоком профиле безопасности.

Основным критерием выбора эмпирической терапии при воспалительных заболеваниях глотки у детей является минимизация медикаментозной нагрузки при высокой эффективности лечения. Препаратами выбора являются комбинированные лекарственные средства оказывающие одновременно противомикробное, противовоспалительное, анальгезирующее действие.

Именно поэтому, применение препарата «АНГИЛЕКС-Здоровье» при заболеваниях глотки, представляет большой практический интерес, особенно в детской практике.

«АНГИЛЕКС-Здоровье» – производитель фармацевтическая компания «Здоровье», Украина. Высокое качество препарата обеспечено за счет европейского сырья (Германия, Франция).

Это комбинация фармакологических свойств трех активных компонентов взаимодополняющих и потенцирующих друг друга: гексетидина, холина салицилата, хлорбутанола в сочетании с комплексом эфирных масел. Антисептик гесетидин обладает выраженной антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, как аэробов, так и анаэробов. Разрушает клеточную оболочку, способствуя гибели микроорганизма, либо нарушает синтез необходимых для размножения микроорганизма веществ. Гексетидин обладает фунгицидной активностью, которая обусловлена нарушением образования соединений, формирующих мембраны грибка. Гексетидин абсорбируется на слизистой, где концентрация препарата сохраняется до 72 часов. Он не проникает в кровоток и поэтому не оказывает системного действия. Многочисленные исследования подтверждают, что даже продолжительное применение препарата «Ангилекс-Здоровье» не сопровождаются изменениями равновесия бактериальной флоры в ротовой полости.

Анальгезирующее, жаропонижающее и местное противовоспалительное действие препарата «Ангилекс-Здоровье» обусловлено активностью входящего в его состав холина салицилата, блокирующего циклооксигеназу и ингибирующего биосинтез медиаторов воспаления и болевой чувствительности – простогландинов. Холина салицилат относится к группе нестероидных противовосполительных средств. Анестетик хлорбутанол обеспечивает обезболивающий эффект. Входящие в состав эфирные масла создают дополнительные удобства применения, т.к. дети не всегда охотно идут на контакт и отказываются принимать неприятные на вкус лекарства, особенно в форме таблеток.

Показания к применению: состояния до и после хирургического вмешательства в глотке (аденотомии, аденотонзиллэктомии, паратонзиллярные абсцессы); агины, фарингиты, ларингиты; орофарингеальный кандидоз; гингивиты, стоматиты, парадонтиты, афты; обеспечение гигиены полости рта.

Формы выпуска: раствор и спрей. Назначается с 2,5 лет. Детям в возрасте от 2,5 до 15 лет 1 распыление 2-3 раза в сутки. Взрослым – 1 распыление 4-6 раз в сутки.

Детские отоларингологи АР Крым в течение двух лет широко используют в своей практике препарат «Ангилекс-Здоровье». Особенно хорошо дети переносят препарат в виде спрея. Благодаря возможности диффузного распыления вещества и приятным вкусовым качествам уже к концу вторых суток значительно уменьшается боль, першение, ощущение комка в горле, кашель. Ребенок становится активнее, улучшается аппетит, сон. Побочных эффектов при использовании данного препарата мы не отмечали.

Необходимо отметить, что в литературе есть данные об использовании раствора

«Ангилекс-Здоровье» для промывания лакун небных миндалин при орофарингеальном кандидомикозе с убедительным терапевтическим эффектом. Мы полагаем, что раствор «Ангилекс-Здоровье» в определенных концентрациях может быть использован у детей при лечении хронического аденоидита и риносинусита, что требует дальнейшего исследования.

«Ангилекс-Здоровье» противопоказан при склонности к аллергическим реакциям и непереносимости к одному из компонентов.

Таким образом, препарат «Ангилекс-Здоровье» является эффективным и безопасным при применении у детей при воспалительных заболеваниях глотки и послеоперационном периоде. Использование препарата «Ангилекс-Здоровье» позволяет сократить применения системных противовоспалительных средств и анальгетиков, что особенно актуально в педиатрической практике и позволяет рекомендовать его в качестве эффективного средства в практике детского отоларинголога, семейного врача в условиях стационара и поликлиники.

© *Л.В. Гуляева, 2011*

Л.В. ГУЛЯЕВА (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Для врачей, как амбулаторного так и стационарного звена, особую проблему составляет лечение детей периода новорожденности и раннего возраста с воспалением слизистой оболочки полости носа, параназальных синусов в сочетании с аллергоанамнезом.

Острый ринит является основным проявлением ОРВИ и сопровождается сухостью и жжением слизистой носа, заложенностью, затруднением носового дыхания, ринореей.

У детей, особенно раннего возраста, острый ринит протекает несколько иначе, чем у взрослых. Этому способствуют анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки верхних дыхательных путей и другие предрасполагающие факторы:

- узость носовых ходов, при незначительном отеке слизистой затрудняется дыхание через нос;
- обильная васкуляризация;
- недостаточная функция мукоциллиарной транспортной системы;
- несостоятельность иммунологической реактивности (несовершенная барьерная функция слизистой, снижение способности к выработке антител, особенно секреторного иммуноглобулина А, недостаточная зрелость клеточного иммунитета);
- большое количество детей находится на этапе аллергического марша;
- гиперплазия лимфоидной ткани;
- общие симптомы интоксикации преобладают над местными проявлениями в носовой полости, что ухудшает общее состояние;
- выраженное нарушение носового дыхания затрудняет кормление, особенно это важно для грудничков;
- нарушает сон;
- большое количество выделений, которое ребенок не может удалить самостоятельно, может привести к апное;
- острый ринит может привести к заболеванию уха, параназальных синусов, нижних дыхательных путей.

Учитывая особенности клинической картины заболевания, возникает необходимость выбора препаратов с наиболее оптимальными характеристиками и механизмом действия.

В настоящее время известно значительное количество лекарственных препаратов, стимулирующих альфа-адренорецепторы слизистой оболочки носа – альфа-адреномиметики, результатом которых является вазоконстрикция.

Существуют определенные требования к сосудосуживающему препарату, который может использоваться в педиатрической практике:

- оптимальные характеристики и механизм действия;
- препарат не должен наносить морфологическое или функциональное повреждение слизистой даже при длительном применении;
- не должен иметь системных эффектов на организм;
- не нарушать активность мерцательного эпителия, при этом значение РН самого препарата должно приближаться к физиологической норме 7,0-7,3.

В протоколах лечения, утвержденных МОЗ Украины, нет принципов лечения остро-

го ринита, это понятно. В протоколах лечения ОРВИ (№354 от 09. 07. 2004 г.) указывается «детям старше 6 месяцев можно назначать сосудосуживающие капли, но применять их не более 3 дней». Такой подход обусловлен тем, что ряд сосудосуживающих препаратов имеет побочные эффекты.

По данным литературы, что совпадает с данными нашей клиники, отравление назальными декогнестантами встречается во всех возрастных группах, начиная с периода новорожденности, что проявляется бледностью кожных покровов, брадикардией, аритмией, гипертензионным синдромом, судорогами, комой.

Необходимо помнить, что среднетерапевтическая доза некоторых сосудосуживающих препаратов приближается к его токсической дозе.

При попадании на слизистую оболочку носа грудного ребенка взрослой дозы сосудосуживающего препарата на 1 кг массы тела он получит дозу в 30 раз больше, чем взрослый.

Таким образом, вероятность системных эффектов, выраженные побочные действия ряда деконгистантов ограничивает их применение в педиатрической практике и противопоказаны у детей до 1 года.

Среди небольшого количества препаратов, соответствующих современным требованиям к сосудосуживающему препарату в педиатрической практике мы широко используем деконгистант, относящийся к группе эпинефринов – «Виброцил», который производит фирма «Новартис» (Швейцария).

Обоснованием создания этого препарата явились следующие положения. Исследования физиологии рецепторов показали, что резистентные сосуды, определяющие кровоток слизистой, содержат преимущественно альфа-2 адренорецепторы, в то время как емкостные сосуды и альфа-1 и альфа-2 адренорецепторы. Таким образом, и альфа-1, и альфа-2 адреномиметики способны изменять сосудистый застой, а альфа-2 адреномиметики, кроме этого, снижают кровоток слизистой. Возникающая при этом ишемия слизистой может привести к атрофии и нарушению нормальной физиологической функции.

Альфа-1 селективность означает противоотечный эффект без выраженного поражения капиллярных сосудов. Поэтому, в целях достижения противоотечного эффекта, и при этом не нарушая кровообращения слизистой, наиболее предпочтительно применять селективные альфа-1 адреномиметики.

Виброцил содержит 2 активных компонента: фенилэфрин и диметиндена малеат.

Фенилэфрин, избирательно влияющий на альфа-1 адреномиметики.

Диметиндена малеат-антигистаминный препарат, антогонист Н-гистаминовых рецепторов, уменьшает проявления аллергических и воспалительных реакций.

Преимущества «Виброцила»:

- сочетанное противоотечное и гипосенсибилизирующее действие;
- отсутствие морфологического и функционального повреждения слтзистой оболочки носа (нарушение кровообращения, атрофия) даже при длительном применении, более 2-х недель;
- отсутствие системных эффектов в виде генерализованного сужения сосудов и нарушений общей циркуляции крови у детей раннего возраста;
- значение РН сравнимо с таковым слизистой носа, изотоничность.
- благодаря нейтральной РН не нарушается работа мукоциллиарного клиренса.

«Виброцил» выпускается в нескольких лекарственных формах: в виде назального спрея, капель и геля. Спрей и гель назначаются с 6-летнего возраста, капли с 1 месяца. Особенность формы препарата в виде геля в отличии от капель способствует более длительному сохранению и действию лекарственного препарата, что позволяет широко применять препарат после эндоназальных оперативных вмешательств.

Хочу обратить Ваше внимание на противоаллергическое действие «Виброцила». Это единственный препарат с подобным действием, который может назначаться ребенку с 1 месяца.

Отоларингологи АР Крым на протяжении ряда лет используют в своей практике препарат «Виброцил», который обладает убедительной терапевтической активностью и высоким уровнем безопасности.

Токсических и побочных эффектов не наблюдалось.

Таким образом, препарат «Виброцил», может быть рекомендован как препарат выбора при лечении острых и аллергических ринитов, заболеваний параназальных синусов, состояниях после эндоназальных вмешательств у всех возрастных группах пациентов и особенно у детей раннего возраста.

© *Л.В. Гуляева, 2011*

Л.В. ГУЛЯЕВА, М.А. ЗОЛОТАРЕВА, Н.А. ГАМОВА, С.М. ПОДУЗДИКОВА, Н.И. СТЕПАНЕНКО (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

РЕАЛИИ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Проблема хронического аденоидита ввиду ее медицинской и социальной значимости многие годы находится в центре внимания не только детских отоларингологов, но и педиатров (Т.И. Гаращенко, 2007 г).

Распространенность инфекции лимфоглоточного кольца у детей обуславливает частоту и тяжесть хронических заболеваний ЛОР-органов у взрослых со всеми вытекающими последствиями, в том числе и экономического характера, что диктует необходимость своевременной санации патологии глотки в детском возрасте. Персистирующие в аденоидной ткани патогенные бактерии и вирусы способствуют развитию воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах, а также распространению инфекции на среднее ухо (Л.С. Сенченко, Н.А. Флигинских, 1991 г).

В научно-практическом отношении проблема хронического аденоидита все больше трансформируются из медицинской в иммунобиологическую (Г.Д. Тарасова, М.А. Мокроносова, 2002 г).

Глоточная миндалина (ГМ) относится к периферическим органам иммунной системы, обеспечивает слизистые оболочки носа и околоносовых пазух иммунокомпетентными клетками и контролирует адекватность местного иммунного ответа, известного, как мукозальный иммунитет (MALT) (М.Р. Богомильский, Т.И. Гаращенко, 2004 г).

Есть «критические периоды», характеризующие иммунный ответ на определенном этапе физического созревания ребенка. У детей дошкольного возраста ГМ более активно реагирует на антигенную стимуляцию, т.к. покрыта реснитчатым цилиндрическим эпителием (Е.П. Миркулова, Е.А. Баранаева, 2004 г).

Лимфоидная ткань глотки отвечает в этом возрасте ребенка на инфекцию значительной гиперплазией, которая сохраняется длительно и после инфекции. Воспаление ГМ (так называемый аденоидит), связано с сопряженными и сопутствующими заболеваниями, которых в настоящее время насчитывается более 50. Поэтому не удивительно, что тактика лечения патологического состояния ГМ всегда была в центре внимания врачей различной специальности. Но меняющиеся взгляды назначения ГМ для организма ребенка влияют и на тактику лечения заболевания этой ткани.

Основные причины гиперплазии лимфоидной ткани (имеющие доказательную базу):

1. Конституционально обусловленная гиперплазия глоточной, небной миндалин (лимфатический диатез);
2. Физиологическая гиперплазия в возрасте 3-6 лет;
3. Персистирующее аллергическое воспаление;
4. Вирусные инфекции (герпес-группа, аденовирусы, RS-вирусы, вирус Эпштейн-Бара и др.);
5. Внутриклеточные инфекции респираторного тракта (хламидия, микоплазма);
6. Высокая степень обсеменения патогенной и условно-патогенной микрофлорой респираторного тракта из-за постоянного контакта с носителями (детские ясли, дет. сад, школа) Str.Pn, H.inf., M.cat., B-гем. Str., Sta. Aur
7. Инфицирование носоглотки микрофлорой ЖКТ и урогенитального тракта (ГЭРБ, рефлюксный эзофагит, уреаплазма с развитием дисбиоза носоглотки);
8. Новообразования миндалин.
9. Экологические факторы (радиационный фон, загрязненность атмосферы).

Клиническая картина хронического аденоидита:

- затруднение носового дыхания;
- выделения из носа и по задней стенке глотки;
- храп, ночные апноэ;
- кондуктивная тугоухость;
- отиты;
- нарушения тембра голоса;
- кашель, чаще ночной;
- воспалительные заболевания ОНП, гортани, глотки, нижележащих дыхательных путей;
- нарушение формирования лицевого скелета;
- сонливость, утомляемость, раздражительность, снижение внимания, памяти.

Несмотря на успехи теоретической и практической медицины, в педиатрии до сих пор отсутствует возрастной подход в лечебных программах хронического воспаления глотки у детей. В связи с важной ролью лимфоидной ткани ГМ в иммуногенезе с одной стороны и рядом возможных осложнений, обусловленных гиперплазией ГМ с другой – необходимо строго обо-

снованно подходить к выбору метода лечения глоточной миндалины.

Существующие методы лечения можно разделить на консервативные и хирургические.

Консервативное лечение хронического аденоидита:

1. Элиминационная терапия. Направлена на снижение вирусной и бактериальной обсемененности, уменьшение контакта аллергена со слизистой оболочкой носа и носоглотки. Является одним из самых перспективных направлений в лечении и профилактики аденоидитов у детей;
2. Антибактериальная терапия (топическая и системная). Топическая антибактериальная терапия, как правило, сочетается с элиминационной терапией. Что касается системной антибактериальной терапии – это один из самых дискутабельных вопросов в педиатрической ЛОР-практике. Антибактериальная терапия (системная) нами назначается при подозрении на бактериальную инфекцию с вовлечением в воспалительный процесс среднего уха или параназальных синусов.
3. Топические эндоназальные кортикостероиды;
4. Антигистаминные препараты;
5. Мукорегулирующие препараты;
6. Бактериальные иммунокорректоры и вакцинация;
7. Пробиотики;
8. Физические методы лечения;
9. Санаторно-курортное лечение.

Хирургический метод лечения – аденотомия.

Иммунная функция лимфоидного кольца глотки наиболее значительно у детей в возрасте до 5 лет, поэтому выполнение аденотомии у маленьких детей не желательно (В.П. Быкова, 1997 г). Но, тем не менее, существуют абсолютные показания к оперативному вмешательству даже детям до 3 лет. Это ночное апноэ, заболевания среднего уха. Аденотомия должна производиться под внутривенным многокомпонентным наркозом с интубацией трахеи и использовании современных анестетиков (наши методики проведения аденотомии).

Профилактика гипертрофии глоточной миндалины: профилактика перинатальной патологии матери и ребенка, адекватное лечение персистирующего воспаления ГМ (прежде всего – аллергического), лечение патологии ЖКТ (ГЭРБ, лямблиоз, глистная инвазия, дисбиоз кишечника), санаторно-курортное лечение.

© *Л.В. Гуляева, М.А. Золотарева, Н.А. Гамова, С.М. Подуздикова, Н.И. Степаненко, 2011*

А.Д. ГУСАКОВ, В.А. КАШИРИН, Л.Л. ВОРОНЦОВА, Н.А. КОЛЯДА
(ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ

При кажущейся банальности, лечение острых риносинуситов не представляется столь уж решенной проблемой, иначе как объяснить непрекращающийся их количественный рост с тенденцией к последующей хронизации.

В большинстве случаев этиология острых риносинуситов связана с респираторными вирусами и требует проведения только симптоматического лечения, без назначения антибиотиков и антигистаминных препаратов, способствующих увеличению вязкости секрета и затруднению дренажа пазух. Длительность клинических проявлений вирусного риносинусита не превышает 5-6 дней. Продолжающиеся симптомы или их усиление свидетельствуют о развитии острого бактериального риносинусита (ОБРС), что наблюдается в 0,5-2% случаев у взрослых и в 5-10% случаев у детей (Гучев И.А., Колосов А.А., 2010). Центром по профилактике и контролю заболеваний, академией семейных врачей, сообществами врачей-интернистов и врачей инфекционистов (США) определены основные симптомы, указывающие на вероятность развития ОБРС, а наличие двух или более из указанных симптомов служит показанием для назначения консультации оториноларинголога (Williams et al., 1992, Snow, 2001).

По данным литературы развитие ОБРС ассоциируется преимущественно с S. pneumoniae, H. inflyenza, S. aureus, S. pyogenes, M. catarrchalis и требует назначения антибиотика, ориентируясь на региональную характеристику бактериальной микрофлоры и особенности ее резистентности. Так, для юго-восточного региона Украины (Днепропетровская, Донецкая, Запорожская, Харьковская, Херсонская области) наиболее часто (в порядке убывания) при бактериальных риносинуситах встреча-

ются: S. aureus, S. pneumoniae, S. pyogenes, H. inflyenza, M. pneumoniae, причем, способностью к β-лактамазопродуцированию обладали: S. aureus в ~76% случаев, S. pneumoniae ~18%, S. pyogenes ~28% H. inflyenza ~44%, M. pneumoniae ~50% случаев. Следует отметить, что β-лактамаза играет важную роль в развитии резистентности и в том случае, если она продуцируется присутствующими в очаге инфекции, но не являющимися основными возбудителями гнойного воспаления бактериями.

В случаях легкого или среднетяжелого течения ОБРС местная санация и местное применение антибактериальных препаратов, в сравнении с системной антибиотикотерапией, являеется не менее эффективным, но более оправданным и безопасным методом лечения. К примеру, промывание полости носа по Проэтцу физиологическим расствором с добавлением раствора Ципрофарма (Ciprofarm-Farmak) приводило к полному исчезновению симптомов ОБРС в сроки до 3-5 дней более чем у 2/3 па-

Диагностические критерии острого бактериального риносинусита

Симптомы*	Бактериальный риносинусит		Отношение правдоподобия	Вероятность синусита (%)	
	+	-		При 15% вероятности	При 40% вероятности
≥ 4	16	4	6,4	53	81
3	29	18	2,6	31	63
2	27	39	1,1	16	43
1	14	48	0,5	8	24
0	2	32	0,1	2	6

*Симптомы: верхнечелюстная зубная боль; боль в проекции челюстной пазухи; гнойные выделения из полости носа; слабый эффект деконгестантов; ухудшение симптомов после начального улучшения.

Диагностические критерии острого бактериального риносинусита

Микрофлора	%						
	1	2	3	4	5	6	7
S. aureus	21,2	14	10,9	9	10	18,7	27,5
S. epidermidisa		47		3,9			
S. saprophyticus	12,9			6,3	8,3		
S. haemolyticus	5,9				7,4		
S. pneumoniae	20	21	22,4	7,8	12	18,7	34,3
S. pyogenes	8,2	32		10,9	9,5		22,4
S. viridans				13,3			
E. coli	5,9		7,3		6,6		
E. cloaceae				11,4			9,9
Enterobacter spp.						18,7	
Kl. pneumoniae				8,2	9,4		10
Corynebacterium				3,9			6,5
M. catarrchalis		3					22
M. pneumoniae			16,5	22,7	17,3		12,7
H. inflyenza		17	24,3	15	19		45,5
Candida	25,9					14,3	
Chlamydia			26,8	45,9		37,5	

Примечание: 1 – Березнюк В.В. (2005); 2 – Гарюк Г.И. (2004); 3 – Ильченко Б.Н. (2008); 4 – Колядa Н.А. (2010); 5 – Редька И.И. (2005); 6 – Сидоренко Н.М. (2006); 7 – Чуйко С.С. (2007).

циентов. Ципрофарм – антибиотик группы фторхинолонов обладает широким спектром действия в отношении грамположительной и грамотрицательной микрофлоры, анаэробов, облигатных внутриклеточных и мембранных паразитов, активен в отношении бактерий, продуцирующих лактамазы, т.е. охватывает весь спектр микрофлоры, определенной у больных ОБРС юго-восточного региона Украины. Следует подчеркнуть, что в педиатрической практике применение Ципрофарма® (капли) разрешено у детей в возрасте до 1-го месяца при лечении бактериального коньюктивита, а в отологии – детям старше 1-го года.

Системное применение антибиотиков показано лишь в случаях неэффективности местной терапии и/или при угрозе развития осложнений, но и при обязательном определении микробиологических данных. В таких случаях целесообразно использование макролидов, ингибиторзащищенных аминопенициллинов либо цефалоспоринов последних генераций. Альтернативными препаратами, если речь не идет о ОБРС у детей, являются «респираторные» фторхинолоны (Levofloxacin, Moxifloxacin), до настоящего времени необоснованно редко назначаемые в оториноларингологической практике. при этом моксифлоксацин обладает иммуномодулирующим действием, – стимулируя синтез интерлейкинов, интерферонов, активирует гранулоциты и макрофаги, благодаря чему обладает опосредованным антимикотическим действием как в отношении дрожжевых, так и филаментозных грибов (Пальчун В.Т., 2005).

Таким образом, суммарный спектр действия современных антибактериальных препаратов охватывает все значиме для оториноларингологической патологи бактерии, однако выбор препарата для проведения эффективной терапии ОБРС должен быть основан на постоянной региональной оценке степени распространенности приобретенной бактериями резистентности к антибиотикам.

© *А.Д. Гусаков, В.А. Каширин, Л.Л. Воронцова, Н.А. Коляда, 2011*

И.В. ДЕДИКОВА, А.В. ДОВЖЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ЭЛИМИНАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ НА ПЛЕСНЕВЫЕ ГРИБКИ

Концепция «универсального присутствия» плесневых грибов на слизистой оболочке полости носа, хотя и является спорной, не может не учитываться и при элиминации и при фармакотерапии аллергического ринита (АР) на плесневые грибки (ПГ). При проведении фармакотерапии, основанной на применении топических кортикостероидов, нельзя забывать, что условнопатогенные инфекционные агенты (оппортунистические микозы) в определенных условиях могут трансформироваться в патогенные. Показания к применению топических кортикостероидов расширяются при условии контроля отсутствия грибков на слизистой носа, либо эффективной элиминации не только из окружающей пациента среды, но и путем местной антимикотической терапии.

Целью нашего исследования было определение эффективности и безопасности местной антимикотической терапии у лиц со среднетяжелым течением АР, вызванного ПГ с подтвержденным присутствием плесневых грибков на слизистой оболочке носа в условиях исключения микотического поражения носа и придаточных пазух.

Для выполнения поставленных задач нами изучены результаты лечения 63 пациентов с диагнозом АР на ПГ средней степени тяжести. У всех пациентов было зафиксировано носительство грибковой флоры в полости носа. Основную группу составили 33 пациента с АР на ПГ, которые получали противоаллергическую фармакотерапию (топические кортикостероиды и др,) после проведения местной антимикотической терапии. 30 пациентов контрольной группы имели АР на ПГ и по разным причинам не получали антимикотическую терапию, а лечились по общепринятой схеме лечения аллергического ринита. Исследуемая и контрольная группы были репрезентативны по полу, возрасту, тяжести течения АР.

Антимикотическая терапия заключалась в промывании полости носа методом перемещения раствором октанисепта, разведенным 1:6 через день, а также введение ватного тампона протитанного 2,5% суспензией пимафуцина на ночь через день поочередно в правую и левую половину носа. Таким образом, ночью у пациента оставалась одна свободная половина носа для носового дыхания. Курс местной антимикотической терапии длился 21 день с по-

следующим контрольным изучением флоры. Использование топических кортикостероидов включалось в схему лечения после отрицательного результата контрольного микологического исследования.

Позитивный клинический эффект сочетанной местной антимикотической и противоаллергической фармакотерапии при индивидуальном анализе мы наблюдали у 25 (75,75%) лиц основной группы с АР на ПГ. Во всех случаях позитивная клиническая динамика проявлялась трансформацией средней степени тяжести течения АР в более приемлемую, легкую.

При наблюдении за лицами контрольной группы, нами установлено, что с течением времени симптомы АР, вызванного ЭА, иногда прогрессируют, либо клиническое течение остается неизменным. Так у 4 пациентов по истечении 12 месяцев наблюдалась трансформация в тяжелую степень течения АР, вызванного ПГ. У остальных больных степень тяжести течения АР не изменилась.

Подводя итог результатам исследований можно отметить следующее:

1) Сочетанная местная антимикотическая и противоллергическая фармакотерапия это эффективный и безопасный метод лечения больных аллергическим ринитом на плесневые грибы с присутствием на слизистой оболочке носа грибковой флоры. Эффективность данного метода лечения АР со средней степенью тяжести течения заболевания по клиническому эффекту составляет 75,8% случаев.

© *И.В. Дедикова, А.В. Довженко, 2011*

Ю.В. ДЄЄВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ВІКОВОГО СКЛАДУ ТА РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦД З ЦЕНТРАЛЬНИМ ТА ПЕРИФЕРИЧНИМ ВЕСТИБУЛЯРНИМ СИНДРОМОМ

За даними ВООЗ, за останні десятиріччя поширеність ЦД у країнах світу зросла в 1,5-2 рази і коливається в середньому від 1,5 до 3-4%, а у розвинутих країнах світу – до 8-10%. Кожні 10-15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. В Україні, як і в інших країнах світу, показники захворюваності на ЦД щорічно зростають (Тронько М.Ф., 2006, 2008; Тронько М.Ф., Паськів В.І., 2005; Скоробагатова Е.С., 2006; Тимченко А.М., 2007; Маньківський Б.М., 2007).

Тому метою нашої роботи було вивчення особливостей вікового складу та розвитку ускладнень у хворих на ЦД з центральним та периферичним вестибулярним синдромом.

Під час проведення роботи було обстежено 591 хворого на ЦД 1 і 2 типів віком від 21 до 65 років. Пацієнти більш старшого віку з дослідження виключались з огляду на деякі вікові обмеження у використані певних аудіологічних та вестибулометричних методик. Серед них жінок було 353 (59,7%), чоловіків – 238 (40,3%).

Аналіз розподілу хворих на ЦД 1 і 2 типу з вестибулярними розладами за віком і статтю вказує на те, що серед хворих у віковій групі від 55 до 65 років більшість складають жінки – 30,8 % порівняно з 17,3%, які припадали на осіб чоловічої статі. Така ж тенденція, але з дещо меншим переважанням спостерігалась і в інших вікових групах. Оцінюючи розподіл хворих за віковими групами слід підкреслити, що 75,5% пацієнтів належали до вікової категорії 45-65 років. Це визначає особливу важливість організації допомоги щодо запобігання розвитку ускладнень ЦД саме цим хворим, оскільки, з одного боку, вони є найбільш кваліфікованими і досвідченими працівниками відповідних галузей, а з іншого боку в цьому віці пацієнти мають менші потенційні можливості для зміни роду діяльності, внаслідок вестибулярних розладів. При аналізі розподілу пацієнтів за віком та типом діабету було відмічено, що в групі пацієнтів, з ЦД II типу значно переважали хворі жіночої статі, що є відображенням гендерних особливостей ЦД 2 типу в Україні (Тронько М. Д. 2008).

При проведенні аналізу залежності віку, місця проживання та типу діабету у всіх вікових категоріях переважають хворі, які є мешканцями міста (65,9 %).

Аналіз показників поширеності ускладнень в залежності від віку виявив, що найбільш часто виникають ускладнення з боку серцево-судинної системи, нирок і зору у віковій категорії від 35 до 54 років, після чого поширеність ускладнень майже не змінюється за віком, що узгоджується з даними інших авторів, які також вказують на збільшення поширеності ускладнень у хворих на ЦД саме в цьому віці (Н.М. Жердьова, 2008).

Аналізуючи ураження вестибулярної системи у хворих на цукровий діабет слід відмітити, що ураження внутрішнього вуха цілком відповідають тенденціям притаманним розвитку інших ускладнень. При обстеженні хворих на цукровий діабет вестибулярні розлади у віковій групі 45-65 років були визначені у 41% від обстежених всіх вікових груп. Найбільш частим поєднанням були ураження внутрішнього вуха з кардіопатією, і ретинопатією, трохи менш частими – поєднання з ангіопатіями кінцівок та нефропатіями. Аналіз виникнення вищеозначених ускладнень дозволив визначити, що у 32% пацієнтів вестибулярні розлади виникли раніше, ніж ускладнення з боку інших органів і систем. А при детальному опитуванні і спеціальному вестибулометричному обстеженні доклінічні розлади з боку вестибулярного аналізатора були визначені у 41% хворих на ЦД, які не мали скарг з боку вестибулярної системи.

Таким чином, практично у 73% пацієнтів з ЦД наявні різноманітні явні чи приховані вестибулярні порушення, які в переважній більшості виникають раніше за інші ускладнення, але внаслідок недостатньої уваги, що приділяється цим порушенням як самими хворими, так і лікарями, ці зміни залишаються поза зоною уваги, до тих пір, поки прояви вестибулярної дисфункції не спричинять порушення працездатності або якості життя пацієнтів.

© *Ю.В. Дєєва, 2011*

В.Р. ДЕМЕНКОВ (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И УХА

Из всех околоносовых пазух при травмах лицевого черепа наиболее часто повреждается лобная пазуха и, как правило, передняя и нижняя стенка ее. Правильно собранный анамнез, объективное обследование, данные рентгенографии и компьютерной томографии позволяют поставить диагноз. Практика показывает, что при рентгенологическом обследовании околоносовых пазух при травмах необходимо делать снимки в прямой и боковой проекции и лишь у каждого 7-8-го пациента с травмой лица возникает необходимость использовать компьютерную томографию. На снимках хорошо определяются переломы костей стенок пазух, трещины. Если отмечается гомогенное снижение пневматизации пазух, такая картина характерна для кровоизлияния. Для подтверждения диагноза верхнечелюстные и решетчатые пазухи пунктируются, а лобная и основная пазухи зондируются.

Тупые травмы лобной пазухи сопровождаются вдавливанием ее передней стенки внутрь – этот дефект обычно хорошо обозрим и легко пальпируется. Такие травмы нуждаются в хирургической обработке с ревизией полости пазухи, удалением сгустков крови, поднятием элеваторами передней стенки и удержании ее на тампонах, введенных в пазуху и пропитанных мазью левомеколь. Эти травмы не нуждаются в наложении риностомы.

При открытых травмах лобной пазухи хирургическая обработка заключается в экономном иссечении фрагментов мягких тканей вокруг раны, удалении свободно лежащих костных отломков и выполнении щадящей фронтотомии по Белоголовому, с хирургическим доступом через рану. Неизмененную слизистую оболочку пазухи не удаляют. На операционном столе проверяют проходимость лобно-носового канала. Если он функционирует нормально, риностому не накладывают. Рану послойно ушивают и в пазуху вводят два тонких полиэтиленовых дренажа (катеторы для подключичной вены) на 5-6 суток, через которые пазуха ежедневно промывается растворами антисептиков и антибиотиков.

При травмах лобной пазухи с повреждением передней и нижней стенок ее, как правило, стойко нарушается проходимость лобно-носового канала, поэтому приходится накладывать риностому с введением в полость носа трубчатых дренажей, которые удерживаются 18-20 суток. Во время проведения хирургической обработки травм лобной пазухи стараются максимально сохранять переднюю стенку ее, если она хотя бы частично связана с надкостницей. Костные фрагменты передней стенки скрепляют между собой металлическими швами. Полное удаление передней стенки лобной пазухи и облитерация ее ведет к большому косметическому дефекту лица. Во время хирургической обработки проводят тщательную ревизию задней стенки лобной пазухи. Если она окажется поврежденной, костной ложкой удаляют фрагменты ее до неизмененной твердой мозговой оболочки. Рану

ведут открытым путем, она заживает вторичным натяжением.

Верхнечелюстные пазухи травмируются гораздо реже лобной. Во время хирургической обработки их осуществляется тщательная ревизия стенок. Хирургический доступ осуществляется через рану передней стенки или из преддверия рта. Накладывается риностома, рана послойно ушивается.

Изолированные тупые травмы решетчатого лабиринта обычно не нуждаются в хирургической обработке. При открытых травмах наружным доступом через рану костной ложкой удаляются разрушенные клетки, рана ушивается и дренируется.

При травмах лица нередко повреждается ушная раковина. До настоящего времени в литературе существует мнение, что при разрывах ее во время проведения хирургической обработки нельзя ушивать хрящ из-за боязни развития перихондрита. Участвуя в оказании помощи раненым во время афганской войны, мы оперировали более 100 раненых с разрывами ушных раковин и всегда вначале после хирургической обработки тонким кетгутом ушивали хрящ, а затем капроном или леской ушивали кожу, получая при этом хороший косметический результат. Перихондриты возникавшие в единичных случаях были обусловлены тяжестью травмы, а не наложением швов на хрящ ушной раковины.

Травматические гематомы ушных раковин для диагностики не сложны и должны быть обязательно вскрыты и дренированы. При этом не следует использовать пункционный метод лечения, он длительный и менее эффективный.

Предлагаемые способы диагностики и хирургических вмешательств при оказании неотложной помощи при травмах околоносовых пазух и уха проверены годами практики и позволяют чаще получать хороший функциональный и косметический результат у этой категории пострадавших.

© *В.Р. Деменков, 2011*

В.Р. ДЕМЕНКОВ, И.Б. ПИЛИПЕНКО, Т.М. ПРИСТАВКО (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Подслизистая резекция носовой перегородки является одной из самых распространенных операций в городских и областных ЛОР-стационарах. В ЛОР-отделении Луганской областной клинической больницы ежегодно оперируются 210-225 больных этого профиля. Много лет нами эти операции в 90-95% случаев выполнялись под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствора новокаина 30-40 мл с добавлением 10-15 капель 0,18% раствора адреналина. В последние три года для инфильтрационной анестезии мы стали использовать раствор ультракаин ДС-форте. Этот препарат уже несколько лет применяется стоматологами как анестетик при экстракции зубов и других стоматологических операциях. Действующее вещество его артикаин гидрохлорид 40 мг/мл и эпинефрин гидрохлорид 12 мг/мл. На операцию мы использовали 4-6 мл препарата (разрешающая доза введения его до 500 мг, 12,5 мл инъекционного раствора), затем дополнительно вводили 15-20 мл 0,5% раствора новокаина. Использование ультракаина обеспечивало хорошую местную анестезию на весь период ведения операции 50-60 минут. Присутствие в препарате эпинефрина (адреналина) в 90% случаев позволяло проводить операции бескровно. В сравнении с использованием для анестезии раствора новокаина, ультрокаин не вызывал сердцебиения, головной боли, повышения давления, обморочных состояний.

В тех случаях, когда больные настаивали на общем обезболивании (чаще пациенты с неустойчивой психикой), или когда имелось тяжелое травматическое искривление перегородки, подслизистую резекцию проводили под общей анестезией. Защита дыхательных путей осуществлялась с помощью эндотрахеальной трубки. Поддержание анестезии достигалось использованием ингаляционных анестетиков и опиоидов, а также методикой ТВА в сочетании с мышечными релаксантами. Для уменьшения кровотечения использовали метод управляемой гипотонии. Стандартный мониторинг включает SaO_2, ЭКГ, неинвазивное артериальное давление, $EtCO_2$, сигнал рассоединения.

Достоинством этого метода анестезии было то, что оперативное вмешательство проходило в спокойной обстановке, оперирующий врач не был ограничен временем проведения операции. Основным недостатком его, на наш взгляд, была повышенная кровоточивость тканей, вследствие чего во время операции постоянно приходилось пользоваться отсосом или

останавливать кровотечение с помощью тампонов. Это в значительной степени затрудняло обзор операционного поля, увеличивало сроки проведения операции и это при том, что у этих больных на операционном столе после интубации мы под слизистую оболочку носовой перегородки, для лучшей отслойки хряща и кости и уменьшения кровотечения, вводили 20–30 мл 0,5% раствора новокаина с добавлением адреналина. Возникающие при этом методе обезболивания кровотечения не представляли опасности для жизни больного, кровь не поступала в дыхательные пути, а анестезиолог перед экстубацией тщательно санировал все отделы глотки.

Относительно небольшим недостатком этого метода обезболивания было отсутствие возможности проверить на операционном столе состояние носового дыхания после проведенной операции. Учитывая, что у больных с искривлением носовой перегородки на ее вогнутой стороне возникает компенсаторная гипертрофия нижней носовой раковины, а также тот, факт, что большинство из них страдало вазоматорными ринитами, для улучшения носового дыхания мы после подслизистой резекции носовой перегородки производили им двустороннюю вазотомию и латерофиксацию нижних носовых раковин.

В отдельных случаях подслизистую резекцию носовой перегородки мы выполняли под внутривенной анестезией. Основным недостатком этого вида обезболивания была также повышенная кровоточивость тканей. Сейчас мы отказались от этого вида анестезии в нашей практике, так как при нем отсутствует адекватная защита дыхательных путей у больных без сознания.

Обладая достаточно большим опытом проведения подслизистых резекций носовой перегородки под разными видами обезболивания, мы считаем, что эту операцию можно с успехом выполнять под инфильтрационной анестезией только раствора ультракаина ДС-форте увеличив его дозу с 6 мл до 10 мл без добавления 0,5% раствора новокаина. Над этим вопросом мы в настоящее время работаем.

© *В.Р. Деменков, И.Б. Пилипенко, Т.М. Приставко, 2011*

В.Р. ДЕМЕНКОВ, Т.М. ПРИСТАВКО (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ НАРУЖНОГО НОСА

Травмы лица с повреждением наружного носа возникают преимущественно при авариях, в быту и спорте. При этом образуются закрытые и открытые переломы его, смещение в стороны, западение спинки, переломы носовой перегородки, образование гематом. Особой тяжестью отличаются резаные, рубленные, укушенные раны, при которых в 90% случаях страдает хрящевой отдел наружного носа.

В ЛОР-отделение Луганской областной клинической больницы в 2010 году с травмами ЛОР-органов поступили 66 пострадавших, из них 47 (71,2%) с повреждением наружного носа. На догоспитальном этапе у них было допущено ряд ошибок в диагностике и оказании неотложной помощи. Плохо собирался анамнез и оценивалось общее состояние пострадавших, не всегда выполнялись снимки носа. Учитывая, что эти травмы нередко связаны с судебными разбирательствами, у этих пострадавших нужно тщательно собирать анамнез, описывать объективные данные, в обязательном порядке выполняются снимки носа, описание их вначале должен сделать рентгенолог, при необходимости производится компьютерная томография.

При тупых травмах носа, возникающий в первые часы после травмы отек мягких тканей лица в значительной степени маскирует возникшие дефекты наружного носа, поэтому не производится репозиция костей. В случаях смещения его (травматическая косоносость) или западания спинки (седловидный нос) нужно в остром периоде травмы произвести ручное вправление бокового смещения наружного носа с поднятием запавшего бокового ската его с помощью элеваторов Волкова. После чего выполняется двусторонняя, послойная тампонада носа, накладывается фиксирующая повязка. Запавшая спинка носа также поднимается с помощью элеваторов, носовые ходы тампонируются, тампоны удерживаются не менее трех суток.

В случаях открытой травмы наружного носа с повреждением костей производится хирургическая обработка раны. Она выполняется под местной анестезией ультракаина ДС-форте, 0,5% раствора новокаина или общим обезболиванием. Производят тщательную ревизию раны, удаляют свободно лежащие костные отломки, края их скусываются костными щипцами до появления капиллярного кровотечения и сглаживают рашпилем. Мягкие ткани

в окружности костной раны мобилизуют от кости и рану зашивают. Выпускники не вводятся, так как отток раневого содержимого осуществляется через дефект слизистой оболочки в полости носа. В носовые ходы вводят на двое суток тампоны, пропитанные антибиотиками или мазью левомеколь.

Первичная хирургическая обработка (ПХО) открытых травм носа нередко в районах выполняется дежурными хирургами и травматологами. Раны лица и носа ушиваются толстым шелком, что ведет в послеоперационном периоде к возникновению грубых рубцов. В ряде случаев раны ушивались, а затем производилась репозиция костей носа, в результате чего швы прорезались и приходилось накладывать их повторно. ПХО открытых травм наружного носа должна быть радикальной и одновременно щадящей. Все ткани, сохранившие жизнеспособность, не должны иссекаться. Необходимо делать все что бы сохранить носовое дыхание пострадавших и не допустить рубцовой облитерации носовых ходов. Раны носа перед операцией промывают 3% раствором перекиси водорода, растворами антисептиков и антибиотиков, накладывают швы тонкой капроновой нитью или японской леской диаметром 0,2-0,3 мм. При выраженном осаднении краев кожной раны накладывать на них швы нельзя, они прорежутся. В этих случаях швы накладываются отступя на 0,5-1,0 см от края дефекта, прокалывая при необходимости крыльные хрящи и четырехугольный хрящ носовой перегородки, не опасаясь развития перихондрита.

В случаях полного отсечения, отрыва, отстрела крыльев и кончика носа необходимо как можно быстрее пришить их (оптимальные сроки первые 2-4 часа после травмы) и в обязательном порядке вначале ушивают хрящ. Для улучшения питания оторванных фрагментов носа на рану помещают голодных пиявок и все это не гарантирует успешное их приживление.

Возникающие при травмах гематомы носовой перегородки часто просматриваются и не вскрываются своевременно, а они легко могут нагнаиваться, разрушать перегородку и вести к выраженным дефектам наружного носа. Гематомы должны быть широко вскрыты, содержимое их удаляется, полость промывается растворами антисептиков и антибиотиков, смазывается 3% раствором йода и дренируется полоской перчаточной резины. Производится передняя тампонада. Дренаж удерживается 2-3 суток с ежедневной его сменой.

© *В.Р. Деменков, Т.М. Приставко, 2011*

В.В. ДИДЕНКО, А.Д. ГУСАКОВ, В.И. ДИДЕНКО (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ, ВЫРАБОТКЕ ТАКТИКИ ПРИ ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Известно, что анатомически перегородка носа состоит из четырехугольного хряща, перпендикулярной пластинки решетчатой кости и сошника. В тоже время, до настоящего времени нет данных о размерах (площади) этих структурных единиц, их топографических взаимоотношениях с анатомическими образованиями лицевого скелета и основания черепа, динамике их возрастного развития. Также мы не встретили данных о том, как меняются эти структурные взаимоотношения при врожденных аномалиях, травмах носа и лицевого скелета, особенно повторных, с тяжелыми повреждениями.

Полученные данные при рентгенографии, компьютерной томографии (КТ), современной эндоскопии носа и околоносовых пазух не всегда могут дать необходимую информацию о выше изложенных структурах перегородки носа и ее взаимоотношениях с прилежащими анатомическими образованиями. Располагая такими объективными, данными ринохирург мог бы планировать конкретное хирургическое вмешательство, иметь путеводитель при его выполнении, избегая при этом ошибок и порой опасных осложнений.

Нами впервые, по специальной программе, освоена и внедрена в практику томография перегородки носа. Согласно с этой программой нами обследовано 54 пациента. Полученные объективные данные позволили оценивать не только анатомическую структуру остова перегородки носа, но и его конфигурацию, площадь составляющих частей, и ПН в целом, а также топографические взаимоотношения между прилегающими анатомическими структурами лицевого скелета и основания черепа.

Весьма важным является то, что данные исследования дали возможность верифицировать аномалии перегородки носа, деформации ее составляющих частей, их характер, локализа-

цию и площадь, независимо от наличия патологических процессов в полости носа и околоносовых пазухах, которые мешают их выявить при риноскопии и при исследовании современными жесткими и гибкими эндоскопами.

Все выше изложенное позволяет нам заключить о том, что компьютерная томография перегородки носа имеет важное диагностическое значение при верификации патологии перегородки носа. Ее данные позволят ринохирургу заранее планировать операцию, а при ее выполнении иметь четкий путеводитель (хирургическую карту), который, повысить качество хирургического вмешательства, предостережет от всевозможных осложнений, в том числе и внутричерепных.

© *В.В. Диденко, А.Д. Гусаков, В.И. Диденко, 2011*

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

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ СИАЛОАДЕНІТУ ВУШНОГО ПОХОДЖЕННЯ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

У дітей грудного віку анатомічно в передньонижній стінці перетинчасто-хрящевої частини зовнішнього слухового ходу, розташовані незрощені санторинієві щілини (fissura Santorini), через які гнійний запальний процес з вуха може поширюватися на сусідні органи: привушну слинну залозу і навколишні тканини або розповсюджуватися навпаки, в зворотному напрямку. В таких випадках можливі різні діагностичні і тактичні помилки.

Частіше така картина захворювання виникає у ослаблених різними хворобами дітей із зниженою реактивністю організму, у недоношених, які знаходяться на штучному вигодовуванню, мають гіпотрофію, анемію, рахіт, а також у хворих, які тривалий час перебувають у лікарнях та особливо при інфікуванні вух синьогнійною паличкою.

Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, клінічного обстеження, даних отоскопії та лабораторного дослідження гнійних виділень на флору та її чутливості до антибіотиків.

В етіології захворювання мають значення S. aureus, E. coli, Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa. Цьому сприяють анатомо-фізіологічні особливості будови середнього вуха у грудних дітей.

Протягом 1990-2010 років нами доводилося спостерігати 17 хворих дітей грудного віку з гострим гнійним середнім отитом, ускладненим гнійним сиалоаденітом.

У всіх хворих вивчався анамнез, супутні захворювання, дані рино, – отоскопії, загально клінічні та бактеріологічні дослідження виділень з вуха.

В клінічній картині захворювання у 9 дітей було підвищення температури тіла, неспокій. Захворювання починалося гостро. При отоскопії у всіх хворих дітей була гіперемія, набряк, дифузне потовщення шкіри хрящової частини зовнішнього слухового ходу, інфільтрація передньо-нижньої стінки та гнійні виділення. Барабанна перетинка гіперемійована, інфільтрована, випнута в задньо-верхньому квадранті з перфорацією. У всіх дітей, як правило, виявлялася одностороння припухлість в ділянці слинної залози, біль при її пальпації спереду та донизу від козелка. При пальпації привушної слинної залози збільшувалася кількість гною в слуховому ході. При бакдослідженні виділень з вуха були виділені такі штами бактерій: Ps. aeruginosa – у 7 хворих, Staph. aureus – у 4, Strept. Pneumoniae – у 3, Moraxella catarrhalis – у 2, Proteus vulgaris – у 1 випадку.

Всім хворим у комплекс лікувальних заходів включалися в/м антибактеріальні препарати, згідно чутливості до флори, місцево – очистка, дренування слухового ходу і нориці з привушної слинної залози, використовувалися антисептики: димексид 33% водний розчин (аплікаційно на проекцію слинної залози), декасан на турунах в зовнішній слуховий хід, препарат «Отофа», деконгестанти в ніс, антигістамінні препарати, комплекс вітамінів. У всіх хворих клінічне одужання наступало на 10-15-й день від початку захворювання.

Таким чином, у деяких випадках гострий гнійний середній отит у дітей грудного віку може викликати запалення привушної слинної залози, що необхідно враховувати в клінічному обстеженні та лікувальній тактиці. Необхідно проводити диференціально-діагностичні паралелі із захворюваннями прилягаючих до вуха органів, пам'ятати про анатомо-топографічні співвідношення стінок зовнішнього слухового ходу з сусідніми органами.

© *В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2011*

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

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛАТЕНТНИХ СИНУСИТІВ У ДІТЕЙ

При проведенні комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії (КТ і МРТ) з метою дослідження мозку по підозрі невролога на різні патологічні захворювання, нерідко виявляється ураження приносових пазух при відсутності клінічної ринологічної симптоматики. Звичайно, КТ і МРТ являються одним з високоінформативних методів неінвазивної діагностики захворювань приносових пазух, вони забезпечують високу контрастність кісткових та мягкотканинних структур черепа і мозку, дозволяють диференційовано та детально візуалізувати паталогічні процеси, володіють мультипланарностими можливостями без зниження якості зображення, що є важливим для вибору тактики лікування.

В той же час КТ і МРТ необхідно з обережністю використовувати для оцінки стану приносових пазух, особливо після клінічно перенесених синуситів, оскільки незначні залишкові явища запального процесу, як відомо, можуть при певних умовах зберігатися в пазухах на протязі декількох тижнів і більше, дезорієнтувати лікаря та неправильно інтерпретувати ситуацію і викликати непорозуміння у пацієнта. Одночасно, синусити з латентним перебігом при відповідних умовах можуть давати ускладнення, тому рентгенологічні знахідки не повинні випадати поля зору лікаря.

Метою нашої роботи було вивчення виявлених у обстежених дітей змін приносових пазух на КТ і МРТ та співставлення їх з клінічними даними при відсутності у хворих ринологічної симптоматики.

Під нашим спостереженням за 2000-2010 роки було 46 випадків латентного перебігу синуситів у дітей віком від 7 до 18 років. Дівчат було 22, хлопців – 24. Всі діти знаходилися під наглядом у невролога з приводу різної симптоматики, в тому числі головної болі неясного ґенезу. КТ і МРТ у дітей проводилися з діагностичною метою. В мозку змін не було виявлено.

У 26(56,6%) хворих ураження приносових пазух локалізувалося у верхньощелепних пазухах, у 16(34,8%) – в клітинах решітчастого лабіринту, у 3 (6,5%) в клиновидній і в 1(2,1%) – в лобній. Як правило, процес локалізувався в одній із пазух. У більшості дітей при ендоскопічному дослідженні порожнини носа були відсутні ринологічні симптоми захворювання, дихання через ніс було вільним. Тільки у 5 хворих виявлено помірний набряк нижніх носових раковин та слизові виділення в носі. З анамнезу, при детальному аналізі скарг у 8 дітей, було встановлено, що вони раніше хворіли на синусит, а 6 дітей за 3-4 тижні до обстеження мали ГРВІ з утрудненням носового дихання та значними слизовими виділеннями з носа, але все швидко пройшло, ЛОР- скарги в подальшому були відсутні.

Достовірні строки виникнення латентного процесу в приносових пазухах у обстежених хворих встановити не вдалося. На КТ і МРТ патологічний процес в пазухах проявлявся гіперплазією слизової оболонки, в 4 випадках утворенням кіст. У всіх хворих проведені загальноклінічні та лабораторні обстеження. У 12 дітей виконано імунологічні дослідження, у 9 із них виявлено знижену фагоцитарну активність лейкоцитів та зменшення кількості секреторного імуноглобуліну А.

Латентні форми синуситів у дітей мають особливості етіології, діагностики, клінічного перебігу та лікування. Це створює певні труднощі, як в діагностиці так і в проведенні правильного та обґрунтованого вибору лікування дітей з цією патологією. У 10 дітей була проведена пункція верхньощелепної пазухи, гною не виявлено, лише слизові виділення. В лікуванні використовували антигістамінні, муколітичні, препарати, цинабсин, синупрет, фізпроцедури, вітаміни та імуномодулятори.

Таким чином, не дивлячись на високу інформативність методів діагностики приносових пазух з допомогою КТ і МРТ, для правильного встановлення патологічних змін, неможливо орієнтуватися тільки по даних КТ і МРТ, а потрібно зіставляти їх з результатами клінічних та інших методів дослідження, щоби не допускати до гіпердіагностики синуситів і відповідно призначення непотрібних ліків.

© *В.В. Дячук. В.В. Дячук, 2011*

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

ДОСВІД РОБОТИ ОТОЛАРИНГОЛОГА В ДИТЯЧОМУ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

Найчастіше викликають отоларинголога в онкогематологічне відділення до хворої дитини з приводу носової кровотечі. Причини появи носової геморагії є різноманітні і вони поділяються на первинні і вторинні. Первинні виникають самостійно, як симптом загального захворювання при порушенні коагуляції (гемофілія, хвороби Верльгофа, Віллебранта), при вроджених судинно-тромбоцитарних дефектах (тромбоцитопенія, тромбостенія Гланцмана, Бернара-Сулье та ін.). Вторинні носові кровотечі виникають у хворих з набутим порушенням системи звертання крові (лейкози, тромбоцитопенічна пурпура, апластична анемія, ДВС синдром та ін.).

В онкогематологічному відділені ОДЛ м. Мукачево щорічно проводиться невідкладна допомога по зупинці носової кровотечі у 8-10 хворих дітей, віком від 3 до 18 років. В клінічній картині хвороб була слабкість, прогресуюча анемія, геморагії, біль в суглобах, субфебрилітет, явища інтоксикації. Проводилися загальноклінічні і спеціальні гематологічні обстеження та виконувалася активна медикаментозна терапія основного захворювання, загальні засоби гемостазу, які включали введення амінокапронової кислоти, диценона або етамзілата, УП, 1Х,УШ факторів звертання крові, еритроцитарної маси, а також, при потребі, свіжозамороженої плазми або тромбоконцентрату.

Зупинку носової кровотечі ми починали з очистки порожнини носа від кров'яних згустків відсмоктувачем або механічно та введенням в носовий хід на 2-3 хв. ватного тампону, змоченого судинозвужуючими краплями. Потім, видаливши тампон виявляли зону кровотечі на яку локально прикладували сухий стиснутий ватний тампон, такий же ставили і в другий носовий хід та притискували їх до носової перетинки спеціальною прищіпкою (рацпропозиція N 7 від 12.05.1982 р. Дячук В.В.). Введення прищіпки проводилося легко, не травмуючи слизову оболонку. Дихальна функція носа зберігалася. При незначних кровотечах, після очистки носа, на зону кровотечі прикладали різні кровозупинні препарати (гемостатичну пасту чи губку, тромбін, амінокапронову кислоту тощо) і фіксували їх введенням в ніс стиснутої вати.

На протязі останніх років ми активно почали використовувати для швидкої і надійної зупинки носової кровотечі спеціальні тампони Merocel (США), які мають високі адсорбуючі властивості та здатність до швидкого розширення при контакті з рідиною, що приводить до гемостатичного ефекту. Вони добре переносяться хворими, легко і безболісно видаляються. Використовуючи приведені методи, вторинні носові кровотечі ми майже не спостерігали. Для профілактики вторинної кровотечі хворі дотримувалися ліжкового режиму протягом 5-6 днів з обмеженням фізичного та емоційного навантаження. Для зупинки носової кровотечі в онкогематологічному відділені марлева передня тампонада носа, а також 3% перекись водно чи хіміо, – гальваноакустику ми не використовуємо.

За 2000-2010 роки в онкогематологічному відділені у 34 дітей виявлено клінічно і підтверджено рентгенологічно гострі ураження приносових пазух. Із них двосторонній гайморит був у 15 дітей, односторонній – у 7, етмоїдит –у 5, гаймороетмоїдит – у 5, фронтит – у 2. У хворих з лейкозом синусит був у 14 дітей, з тромбоцитопенією – у 11, з пухлинами різної локалізації – у 9. Гострий катаральний середній отит спостерігався у 8 дітей, гнійний – у 5.

В лікуванні хворих, в яких виявлено синусит чи отит, крім терапії основного захворювання, призначалися антибіотики широкого спектру дії, аерозолі з антисептиками, деконгестанти в ніс, цинабсин, вітаміни, отизол в вуха. У 3 хворих проведена пункція верхньощелепної пазухи. Проводилося бакдослідження виділень з носа і вуха.

Отже, у дітей, які лікувалися в онкогематологічному відділені нерідко виникають ураження ЛОР-органів і робота дитячого отоларинголога характеризується наданням своєчасної комплексної ургентної та планової допомоги з врахуванням терапії основного захворювання на фоні гормоно- та хіміотерапії з використанням сучасних досягнень науки і практики та в тісному контакті з онкологом і гематологом.

© *В.В. Дячук. В.В. Дячук, 2011*

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

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГІПЕРТРОФІЧНИМ РИНІТОМ

У дітей шкільного віку нерідко спостерігається хронічний гіпертрофічний риніт. Для його розвитку існують місцеві і загальні причини. Має значення анатомо-фізіологічні особливості порожнини носа у дітей та постійно діючі на нього несприятливі екзогенні чинники. Порушенню крово- та лімфообігу в порожнині носа можуть сприяти збільшені аденоїдні вегетації, викривлена перегородка носа, захворювання приносових пазух, а також наявність у дитини деяких соматичних захворювань, зловживанням назальних деконгестантів та багато інших причин. При цьому виникають тривалі застійні явища в порожнині носа та пригнічення транспортної функції миготливого епітелію.

Метою нашого дослідження було визначення клінічної ефективності використання низькочастотного ультразвуку апаратом «ЛОРА-ДОН» при хронічному гіпертрофічному риніті у дітей, які знаходилися на лікуванні в ЛОР-відділені ОДЛ м. Мукачево за 2000-2005 роки.

Під нашим наглядом було 73 дітей, віком від 7 до 15 років. Діагноз захворювання встановлювався на основі скарг, анамнезу, загальноклінічних досліджень, даних риноскопії, рентгенографії приносових пазух, визначення носового дихання, транспортної функції носа, димедрол-адреналінової проби. Хворим проводилося також імунофлюорисцентне дослідження слизу носа на наявність специфічного антигену респіраторних вірусів та бакдослідження виділень з носа. Давність захворювання складала від 1 до 4 років. З анамнезу встановлено, що хворі отримували різні методи лікування, які давали нетривале покращення або воно було зовсім не ефективним. В клінічній картині захворювання спостерігалося часте закладання носа, утруднене дихання, головна біль та виділення з носа в'язкої слизі.

При передній риноскопії було видно набряк, збільшення нижніх носових раковин, їх гіперемія або блідість з ціанотичним відтінком, гладкої, рівної поверхні. У 12 хворих виявлено аденоїдні вегетації П-Ш ст., у 3 викривлення перегородки носа, у 5 гайморит, 4 гаймороетмоїдит. При задній риноскопії виявлялося багато слизу та помірний набряк носових раковин.

До УЗ-дії у 3 хворих виконана септопластика перегородки носа, у 12 – аденотомія. Лікування синуситу проводилося комплексно з використанням промивання порожнини носа за методом Проетца, призначення антибактеріальних, гомеопатичних, антигістамінних препаратів, деконгестантів у ніс тощо.

Лікування УЗ-дезінтеграцією нижніх носових раковин полягало в попередній аплікаційній анестезії слизової оболонки 10% розчином лідокаїну та інфільтрації гіпертрофованої раковини 1% розчином лідокаїну з послідуючим введенням на 10-15 сек. наконечника УЗ-зонда на всю глибину нижньої носової раковини в двох доступних місцях, спочатку з однієї і зразу з іншої сторони. Для попередження можливої кровотечі з раковин місце її вколювання зондом в кінці операції додатково коагулювалося. Оперативні втручання проводилися як під місцевим так і під загальним знеболенням. Післяопераційна марлева передня тампонада носа не проводилася, а лише тимчасово вставлялась в носовий хід стиснута вата. В післяопераційному періоді на протязі 2-3 днів спостерігалася незначна інфільтрація тканин. У хворих уже на 5-6 день покращувалося носове дихання, зменшувалася ринорея та закладання носа.

У віддаленому періоді через 12 місяців добрий клінічний ефект був у 84,9% випадків, значне покращення – у 15,1%. При огляді дітей через 2 роки позитивний результат був у 72,6%, через 3 роки – 67,1% випадках.

Отже, застосування низькочастотного ультразвуку при хронічних гіпертрофічних ринітах у дітей являється високоефективним методом лікування, що дозволяє рекомендувати його для широкого використання в клінічній практиці.

© *В.В. Дячук. В.В. Дячук, 2011*

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

ВИКОРИСТАННЯ ЗАКАРПАТСЬКИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ РИНОСИНУСИТОМ

Хронічні захворювання приносових пазух нерідко виникають у дитячому віці. Основні причини їх розвитку є загальновідомі. Лікування хронічних риносинуситів представляє відпо-

відні труднощі. Пошук нових методів лікування має важливе практичне значення для підвищення ефективності терапії даної патології.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності використання природних Закарпатських мінеральних вод «Лужанська», «Поляна Квасова», «Плосківська» в комплексному лікуванні хронічних риносинуситів у дітей.

Під нашим спостереженням було 68 дітей з хронічним риносинуситом, віком від 12 до 18 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ЛОР-відділені ОДЛ м. Мукачево на протязі 2003-2007 років.

Діагноз захворювання основувався на даних анамнезу, скарг, риноскопії, рентгенографії приносових пазух. Всім дітям проводилися необхідні лабораторні аналізи та дослідження мукоціліарного транспорту порожнини носа.

Для отримання об'єктивної оцінки ефективності проведеного лікування діти були розділені на дві групи. В контрольну групу були включені 25 дітей, які отримували комплексне консервативне лікування: антибактеріальні, протизапальні, антигістамінні препарати, деконгестанти в ніс, гомеопатичні засоби, вітаміни, фізпроцедури. В основну групу, яка складала 43 дітей, крім перерахованого лікування, ми використовували промивання носа та інгаляції Закарпатськими природними мінеральними водами. Закарпатські мінеральні води Свалявського басейну являються гідрокарбонатно-натрієво-калієво-борного складу, з РН на рівні 7,3-7,6 збагачені мікроелементами: цинк, марганець, йод, фтор, магній, залізо, мідь та ін. Як відомо, сольові розчини покращують мукоціліарний кліренс і частоту биття війок слизової оболонки носа, що приводить до покращення природної очистки носових ходів.

При промиванні порожнин носа теплою (37-38°С) мінеральною водою відбувалася механічна очистка слизової оболонки, розріджувалася густа слизь, видалялися кірки, що покращувало функцію носа. Одночасно вимивалися збудники інфекції. Відновленню фізіологічної функції носа сприяли наявні мікроелементи, які також стимулювали місцевий імунітет.

Курс промивання порожнини носа складав 15 днів щоденно, ранком і ввечері. Аерозолі проводилися також 15 днів, вдень 2 рази, тривалістю 10 хв.

Клінічну ефективність лікування ми оцінювали за сукупністю суб'єктивних і об'єктивних даних на 3-ю, 5-у, 7-у, 10-у і 14-у добу від первинного огляду дитини. В основній групі, з використанням в комплексній терапії природних мінеральних вод, покращення клініко-функціональних показників наступало значно швидше, ніж в контрольній групі. Так, у дітей основної групи уже на 3-4-й день відбувалося полегшення загального стану за рахунок покращення дихання, зникнення головного болю та слабкості. Діти ставали активними. На 6-7-у добу лікування показники мукоціліарного транспорту нормалізувалися. При риноскопії спостерігався регрес клінічних проявів захворювання. Підтримуюча терапія у вигляді промивання носа природною мінеральною водою (7 днів в місяць) продовжувалася в домашніх умовах. Клінічний огляд дітей через 2, 3, 6 місяців і один рік показав стійкі позитивні результати. Лише у 8(11,7%) дітей був рецидив захворювання після перенесеного грипу.

Отже, використання природних мінеральних вод Закарпаття в комплексній терапії хронічних риносинуситів у дітей сприяє стійкому відновленню клініко-функціонального стану порожнини носа, пришвидшує одужання та приводить до зменшення рецидивів захворювання, що дозволяє рекомендувати метод для широкого використання в практиці.

© *В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2011*

Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.А. ВАРЕШКИНА, О.Ю. КРАВЧЕНКО, А.Ф. ЕВЧЕВА
(ОДЕССА, УКРАИНА)

ЗНАЧЕНИЕ МРТ В ОЦЕНКЕ ИНВАЗИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ФАРИНГО-ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СОННУЮ АРТЕРИЮ

Перспективным направлением в диагностике новообразований фаринго-парафарингеальной области является использование безопасных, малоинвазивных методов.

Результаты объективного осмотра и пальпации пациентов с такой патологией ограничены выявлением безболезненной или болезненной припухлости ниже угла нижней челюсти, по переднему краю кивательной мышцы, а при фарингоскопии – ассиметричной картиной глотки, за счет выпячивания ее боковой стенки опухолью.

Втречающиеся трудности во время операции и интраоперационные находки требуют адекватной диагностики с целью планирования объема и характера хирургического вмешательства у этой категории больных. Поэтому вопросы топической диагностики остаются актуальными.

Опыт нашей клиники показал, что использование диагностических критериев МРТ исследования при визуализации новообразований фаринго-парафарингеальной области, позволяют адекватно оценить топическую локализацию и провести хирургическое вмешательство.

Цель исследования – определить информативность (эффективность) МРТ в оценке резектабельности новообразований фаринго-парафарингеальной области, окутывающих (охватывающих) сонные артерии.

Материал и методы. 10 пациентам с новообразованиями фаринго-парафарингеальной области в зоне бифуркации сонной артерии (6 мужчин и 4 женщины, возрастом от 18 до 55 лет) проведено МРТ-исследование. МРТ визуализация проводилась на магнитно-резонансном томографе «Magnetom Vision Plus» («Сименс», Германия). МР-исследование проводилось без какой-либо специальной подготовки больного. Для проведения ангиографических исследований магистральных сосудов шеи использовали магневист (фирмы Шеринг) в дозе 0,2 мл на 1 кг массы тела. Для визуализации сосудов использовали время – пролетное (TOF) и фазово-контрастный (PC) режимы МРА. Т1-взвешанные изображения, Т2-взвешанные изображения, и Т1-взвешанные изображения после контрастного усиления магневистом были проанализированы для определения охватывания (окутывания) опухолью сосудистой стенки. Использовались следующие диагностические критерии МРТ: наличие жировой прослойки между сонной артерией и новообразованием фаринго-парафарингеальной области, оценка контакта новообразования фаринго-парафарингеальной области с артерией по ее окружности (в градусах).

Результаты исследования. Окутывание (охватывание) сосуда опухолью по его окружности более чем на 270° предполагает нерезектабельный опухолевый процесс, окутывание (охватывание) менее чем на 270° расценивается, как отсутствие инвазии. Точность МРТ-диагностикии в определении резектабельности опухолей фаринго-парафарингеальной области составила 90%.

Выводы. Опухоль, окружающая сонную артерию более чем на 270° не может быть иссечена с сохранением сосудистой стенки. Опухоль, окутывающая сосуд менее чем, на 270° может быть удалена без проведения реконструктивных вмешательств на магистральных сосудах шеи.

© *Ф.Д. Евчев, М.А. Варешкина, О.Ю. Кравченко, А.Ф. Евчева, 2011*

Ф.Д. ЕВЧЕВ, В.В. ГАЕВСКИЙ, А.Ф. ЕВЧЕВА, К.Д. ГАЕВСКАЯ
(ОДЕССА, УКРАИНА)

НЕИНВАЗИВНАЯ ЦИТОДИАГНОСТИКА РАННИХ СТАДИЙ РАКА ГОРТАНИ

В Украине ежегодно отмечается рост заболеваемости и смертности от рака верхних дыхательных путей. По данным литературы рецидивы заболевания на первом году после лечения составляют свыше 50%, на втором – 22-25%. И потому вопросы ранней диагностики рака гортани остаются актуальными и в настоящее время. Известные способы забора материала (пункционная биопсия и метод мазка-перепечатка) дают недостаточно информации для верификации процесса (до 50% достоверности). Определенное значение могут иметь цитологические методы диагностики, которые отличаются простотой взятия материала и при этом обладают довольно высокой точностью. Мы использовали импрессионную цитологию.

Преимуществом импрессионной цитологии перед пункционным забором материала и мазком для традиционного цитологического исследования является возможность получения большего количества тканевого материала за счет высокой адсорбционной способности используемого фильтра.

Цель работы. Целью настоящего исследования явилось изучение диагностической информативности метода импрессионной цитологии при хронических ларингитах и начальных стадиях рака гортани.

Материал и методы. Метод импрессионной цитологии был использован у 15 больных мужского пола в возрасте от 50 до 65 лет. Патоморфологическая диагностика (гистоло-

гическое исследование) проводилась в тех случаях, когда импрессионная цитология показала наличие атипичных клеток или/и явления дисплазии III степени. Готовый мазок-отпечаток со слизистой оболочки гортани фиксировали в меси Никифорова или 96° спиртом и окрашивали гематоксилином и эозином. При этом перед обработкой карболксилолом фильтр с материалом переносился на предметное стекло с последующей микроскопией.

Результаты исследования. В результате импрессионного цитологического исследования у 15 больных диагноз хронического гипертрофического ларингита (явления кератоза и дисплазии и т.д.) подтвердился у 12 пациентов. У 3 больных на фоне хронического гипертрофического ларингита наблюдалось скопление атипичных клеток и явления дисплазии III степени (плакоклеточного рака). Патогистологически у этих больных диагноз подтвержден материалом биопсии – высокодифференцированный плоскоклеточный рак.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение, что достоверность импрессионного цитологического исследования, проведенного у 15 пациентов, была высокой. У 12 больных диагностирован хронический гипертрофический процесс, и у 3 больных рак гортани, подтвержденный патоморфологическим исследованием.

© *Ф.Д. Евчев, В.В. Гаевский, А.Ф. Евчева, К.Д. Гаевская, 2011*

Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ, ФАМ ДАНГ ХОАНГ ЖАНГ, А.Ф. ЕВЧЕВА, И.Э. ЧЕРНЫШОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МИКРОБИОТЫ ПОЛОСТИ НОСА И ЕЕ РОЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ

Неудачи и длительность лечения острого риносинусита вынудили нас обратить внимание на состояние микробиота полости носа. Известно, что возбудителями, которые играют ведущую роль в возникновении острых риносинуситов являются не только аденовирусы, но и условно-патогенная флора: S. Aureus, S.epidermidis, S. Saprophytes, Str. Pneumonia, Str. Pyogenes, Str. Haemofilus Influenzae, Moraxella Catarrhalis и др.

В клинической практике на первом этапе в лечении больных с острым риносинуситом принимают участие терапевты и стоматологи. Последние назначают антибиотики эмпирически не определяя в дальнейшем микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам. Такая деконтоминация без учета чувствительности микрофлоры система микробиота полости носа переходит из симбиоза в дисбиоз. Как правило, у этих больных наблюдаются частые обострения и возможный переход в хроническую форму риносинусита.

Цель исследования – изучение микробиоты полости носа у пациентов с риносинуситами и ее изменение в результате лечения.

Материал и методы.

Нами обследовано 90 пациентов, у которых клинически и рентгенологически установлен риносинусит. На основании бактериальной ассоциации: S. Aureus, 104, S. Epidermidis 105, Str. Haemofilus Influenzae у 100% пациентов установлен риносинусит инфекционной природы.

С целью деконтоминации проводили промывание носовой полости и околоносовых пазух (ОНП) по методу Проэтца смесью физиологического раствора с 10% экстрактом прополиса (на 100 мл. физиологического раствора 1 мл 10% экстракта прополиса). Одновременно назначали пребиотик, продукт функционального питания, улучшающий систему микробиоты – хилак – форте по 20 капель на пол стакана воды 3 раза на день.

Результаты исследования.

В результате проведенной терапии у 78 (87%) больных отмечено клиническое выздоровление (свободное носовое дыхание, отсутствие отека слизистой оболочки, отделяемого из носа и отсутствие рецидива в течении года). У 12 (13%) пациентов результаты лечения были удовлетворительными. Через месяц после лечения высевалась только условно патогенная флора у 21 пациента.

Таким образом, результаты используемой схемы лечения больных с риносинуситом способствует восстановлении микробиоты, что в свою очередь снижает частоту ОРВИ и рецидивов синусита.

© *Ф.Д. Евчев, М.Б. Пионтковская, Фам Данг Хоанг Жанг, Евчева А.Ф., И.Э. Чернышова, 2011*

Ф.Д. ЕВЧЕВ, О.В. ТИТАРЕНКО, ФАМ ДАНГ ХОАНГ ЖАНГ, А.Ф. ЕВЧЕВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОЛИСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ГАЙМОРОЭТМОИДИТА

В практике оториноларинголога острые синуситы следует отнести к одной из наиболее распространенных групп заболеваний. Острыми синуситами болеют около 15% населения, количество их увеличивается в осеннее и зимнее время. Неадекватное лечение острых синуситов нередко способствует переходу в хроническую форму и даже привести к развитию орбитальных и внутричерепных осложнений. Используемый арсенал медикаментозных средств не всегда эффективен в лечении риносинуитов. В большинстве случаев это связано с резистентностью возбудителей к используемым антибактериальным препаратам. Это вызывает необходимость адекватного этиопатогенетического подхода к лечению острых риносинуитов.

Цель работы. Изучение эффективности применения 10% экстракта прополиса в комплексном лечении острого гнойного гаймороэтмоидита.

Материал и методы. В ЛОР-отделении за период с октября 2009 по февраль 2011 находилось 60 больных с острым риносинуитом в возрасте от 18 до 55 лет. Больным до лечения проводилась рентгенограмма придаточных пазух носа (ППН) в двух проекциях, бактериологическое исследование из полости носа.

Больные разделены на две группы по 30 человек. В основной группе в комплексе лечения использовался 10% экстракт прополиса. Комплекс терапии включал: антибиотикотерапию препаратами цефалоспоринового ряда с возможной последующей коррекцией по данным антибиотикограммы, сосудосуживающие капли в нос, пункции верхнечелюстных пазух или промывание носовой полости по методу Проэтца смесью физиологического раствора с 10% экстракта прополиса в соотношении 100:1, магнитотерапию на область ППН. Контрольная группа составила 30 больных получавших лечение по идентичной схеме, без включения экстракта прополиса.

Результаты исследования. У пациентов высевалась бактериальная ассоциация St. aureus 104, St.epidermidis 104, 105 и грибы рода Candida albicans, что свидетельствовало о дисбиозе слизистых оболочек носа и ППН. Проводя сравнение лечения основной и контрольной групп, следует отметить, что у 24 пациентов (80%) основной группы наблюдалось клиническое выздоровление на 10 сутки, которое подтверждено бактериологически отсутствием патогенной флоры полости носа и рентгенограммой ППН в двух проекциях через месяц после окончания лечения. В то время как в контрольной группе у 17 (57%) пациентов сохранялись отек слизистой оболочки и выделения из носа в аналогичный срок наблюдения. Бактериологические данные выявили наличие патогенной флоры у 11 (37%) пациентов (микробной ассоциации St. aureus, St.epidermidis и грибов рода Candida albicans). На рентгенограмме ППН отмечалось остаточное пристеночное утолщение слизистой оболочки.

Таким образом, можно сделать вывод, что в комплексе лечения острых риносинуитов местное применение 10% экстракта прополиса способствует более раннему восстановлению биоценоза слизистой оболочки носа и ППН, ликвидации воспалительного отека, что порождает его целесообразность в лечении данного вида патологии.

© *Ф.Д. Евчев, О.В. Титаренко, Фам Данг Хоанг Жанг, А.Ф. Евчева, 2011*

В.Н. ЖАКОВА, Е.В. ЛИХОЛАТ, В.А. ШАМЕНКО, Х.Р. ПРАМАНИК, В.А. ИГНАТОВ, С.А. ЗАБОЛОТНЯЯ (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ОСЛОЖНЕННЫЕ ОСТРЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ОТОЛАРИНГОЛОГА

В последнее десятилетие стоит вопрос об осложнениях, при поставленном диагнозе: острый средний отит у детей, так как их число заметно не уменьшается. Основная задача врача состоит в своевременном выявлении больного и выборе правильной тактики лечения. Наблюдаются следующие осложнения острого гнойного воспаления среднего уха: воспаление сосцевидного отростка, воспаление пирамиды височной кости, парез

лицевого нерва, воспаление внутреннего уха (лабиринтит), внутричерепные осложнения (менингит, тромбоз сигмовидного синуса, абсцесс мозга и мозжечка). Из перечисленных осложнений наиболее часто у детей встречается воспаление сосцевидного отростка – мастоидит (у детей раннего возраста – антрит). В детском возрасте до 6 лет сосцевидный отросток не развит, на его месте имеется лишь возвышение, внутри которого находится пещера (antrum). Вследствие этого гнойный процесс из барабанной полости распространяется и проникает только в антрум.

Результаты лечения. По данным ЛОР-отделения ДМБ №5 г.Запорожья, за истекшие 5 лет пролечено 56 детей с осложненными средними отитами. Основная масса детей поступала на ранних стадиях заболевания, поэтому выздоровления удавалось достигнуть с помощью консервативных методов лечения: наложение широкого парацентеза с последующим ежедневным неоднократным промыванием барабанной полости растворами антисептиков, при наличии вязкого экссудата хорошо зарекомендовал себя р-р флуимуцила с антибиотиком, применение антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспоринов 2-3 поколения, препаратов группы макролидов) в возрастных дозировках, обязательное применение назальных деконгестантов для уменьшения отека устья слуховой трубы и восстановления ее функционирования, применение местных анальгетиков: пластырь «Олфен» на околоушную область на 12 часов, проведение дезинтоксикационной терапии по показаниям. При отсутствии эффекта от консервативной терапии прибегали к хирургическому вмешательству.

Мы выделяли следующие показания для хирургического лечения: нарастание общей интоксикации, упорное гноетечение из больного уха, нарастание местных симптомов – болезненность, гиперемия, инфильтрация тканей в заушной области, внутричерепные осложнения.

За 5 лет на базе ЛОР отделения прооперирован 21 ребенок по поводу осложнений острого среднего гнойного отита, что составляет 38% от общего количества пролеченных больных с этой патологией. В послеоперационном периоде больные также получали антибактериальную терапию, местное противовоспалительное лечение.

Выводы. Важнейшее значение при среднем отите имеет немедленное начало лечения и правильно подобранная терапия, что возможно только при правильной диагностике данного заболевания. Диагностика и лечение отитов в детском возрасте, является сложной и ответственной задачей. Правильное планирование лечения, комбинирование топических препаратов, антибактериальная терапия и при необходимости миринготомия предотвращают формирование антибиотикорезистентности микроорганизмов и развитие осложнений.

© *В.Н. Жакова, Е.В. Лихолат, В.А. Шаменко, Х.Р. Праманик, В.А. Игнатов, С.А. Заболотняя, 2011*

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

РИНОСЕПТОПЛАСТИКА. НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В условиях ускоряющегося научно-технического прогресса различного рода травмы наружного носа и его полостных структур встречаются все более часто. Кроме того, применение экологической обстановки и, как следствие, генома человека приводят к появлению врожденных деформаций наружного носа, которые порой сочетаются с патологией челюстно-лицевой области. Поэтому оперативные исправления подобных патологических состояний является актуальным.

В настоящее время под нашим наблюдением находится 164 человека, которые подверглись хирургическому вмешательству по поводу деформации наружного носа и перегородки врожденного (43 больных) или приобретенного (121 пациент) характера. Им проводилась открытая или закрытая риносептоортопластика, что зависело от конкретной ситуации у каждого больного. У пациентов с врожденной деформацией носа такие операции были более объемными и требовали нивелирования деформации крыльев носа, верхней губы, твердого неба.

С другой стороны, западение спинки носа требует дополнительного трансплантационного материала. Наиболее оптимальным для таких операций является аутоткань. Однако, для этого необходимо проведение дополнительных оперативных вмешательств на реберном хряще, tibia, ушной раковине, носовой перегородке и др.

Перспективным направлением является выращивание хрящевой и костной ткани различных размеров и конфигураций из клеток костного мозга по определенной методике, раз-

работанной в Институте проблем криобиологии и криомедицины АН Украины. Однако, внедрение их в лечебный процесс сдерживается высокой стоимостью технологий проведения подобных методик.

После проведения риносептооропластики очень важным являются функциональные и эстетические результаты. Для оценки функций носа нами предложен риноманометр собственной конструкции, который фиксирует дыхательную способность носа. У всех прооперированных больных она восстанавливалась до нормальных величин или заметно улучалась. Эстетические результаты оперативного вмешательства оценивались самим пациентом и это было главным критерием.

Таким образом, риносептоортопластика является оперативным вмешательством, которое в практике оториноларингологов находит все большее распространение, а совершенствование этого вида лечения является перспективным для практического здравоохранения.

© *А.С. Журавлев, М.В. Калашник, 2011*

А.С. ЖУРАВЛЕВ, ХАНС МАНИ (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

В оториноларингологической практике высокоэнергетический лазер применяется все более широко. Хронический тонзиллит остается наиболее распространенным заболеванием ЛОР-органов. Поэтому использование лазера в лечении хронического тонзиллита представляется актуальным.

Для лечения больных с компенсированной формой хронического тонзиллита в ЛОР-клинике ХНМУ применялось точечное лазерное воздействие на зевную поверхность миндалин с двух сторон с экспозицией 1-2 секунды в 3-5 точках. На курс лечения 3-5 сеансов. Использование высокоэнергетического лазера в лечении компенсированного хронического тонзиллита не выявлено осложнений, нежелательных реакций. Подобный курс лечения способствовал уменьшению объективных признаков заболевания уже через 0,5-1 месяца после его окончания. Эффект сохранялся по крайней мере до 1 года (время наблюдения). Исследование некоторых тестов местного и системного иммунитета показало существенное снижение дисбаланса иммунологической реактивности организма.

Таким образом, высокоэнергетический лазер в лечении хронического компенсированного тонзиллита высокоэнергетический лазер может найти место среди уже существующих методов лечения в связи с его высокой эффективностью и простотой применения.

© *А.С. Журавлев, Ханс Мани, 2011*

А.С. ЖУРАВЛЕВ, М.И. ЯЩЕНКО, М.В. КАЛАШНИК, Н.О. ШУШЛЯПИНА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕВОМАКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

Воспалительные процессы в ЛОР-органах составляют значительный удельный вес от всех оториноларингологических заболеваний как среди амбулаторных больных, так и в стационаре. Эффективным средством борьбы с ними является левомак (левофлоксацин) как антибиотик широкого спектра действия. Он относится к группе фторхинолонов. К нему чувствительны грамположительные и грамотрицательные микробы: S. pneumoniae, Morasella cataralis, Hemofilus influenzae, St. aureus, E. Coli и другие. Эти микроорганизмы в подавляющем большинстве случаев и являются возбудителями воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Левофлоксацин отлично проникает в различные ткани, при этом создаются в них высокие концентрации препарата. Биодоступность препарата при приеме внутрь достигает 100%, что делает пероральную лекарственную форму клинически равноценной внутривенной. Кроме того, препарат длительно циркулирует в крови на протяжении более 24 часов. Такие фармакокинетические характеристики препарата, а также его экономическая привлекательность позволили нам накопить значительный опыт в лечении мно-

гих оториноларингологических воспалительных заболеваний.

В ЛОР-клинике ХНМУ под наблюдением находятся 127 больных, получавших левофлоксацин в адекватных дозах в комплексе с другими медикаментами. 66 человек получали консервативное лечение при наличии воспалительного процесса в мягких тканях (фурункул носа – 21 человек, паратонзиллит – 23 человека, подчелюстной лимфаденит – 22 человека), а 61-му пациенту этот препарат назначался в послеоперационном периоде (вскрытие флегмоны шеи – 17, вскрытие паратонзиллярного пространства – 19, удаление боковых кист шеи – 25) в качестве профилактического средства различного рода осложнений. Нашими исследованиями установлено, что применение левомака внутривенно или перорально позволило быстро купировать неосложненный воспалительный процесс по сравнению с другими антибактериальными препаратами. Время лечения было значительно короче. При этом не возникало каких-либо осложнений или нежелательных реакций. Быстрее исчезали жалобы, симптомы отека и инфильтрации воспаленных мягких тканей. Использование левомака после хирургического вмешательства позволило существенно сократить послеоперационный период и, тем самым, сократить время пребывания больного в стационаре.

Таким образом, использование левомака в комплексном лечении больных с воспалительными процессами в мягких тканях ЛОР органов позволило повысить клиническую эффективность лечения и получить заметный экономический эффект в связи с сокращением среднего койко-дня в стационаре и относительно невысокой стоимостью препарата.

© *А.С. Журавлев, М.И. Ященко, М.В. Калашник, Н.О. Шушляпина, 2011*

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, Е.В. ЛУКАЧ, В.В. СТРЕЖАК (КИЇВ, УКРАЇНА)

ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

В період з 2002-го по 2004 роки, за даними Національного канцер-реєстру, в Одеській області виявлено 48 хворих із злоякісними пухлинами порожнини носа та приносових пазух, серед них в 2002 р. – 14 хворих (29,2%), в 2003 р. – 16 хворих (33,3%), в 2003 р. – 18 хворих (37,5%), що вказує на приблизно однакове виявлення онкохворих по рокам, але з тенденцією до його покращення.

Вік хворих від 33 до 89 років, причому у віці 33-49 років виявлено 6 хворих (12,5%), у віці 50-59 років – 8 хворих (16,7%), у віці 60-69 років – 22 хворих (45, 8%), у віці старше 70 років – 12 хворих (25%), тобто найбільш вразлива вікова група – це хворі віком від 60-ти до 69-ти років.

Серед даної групи хворих пухлини виявились у 28 чоловіків (58,3%), та у 20-ти жінок (41,7%).

За локалізацією найчастіше вражається верхньощелепна пазуха – 29 хворих (60,4%), етмоїдальна пазуха – у 17и хворих (35,4%) і тільки у 2 хворих (4,9%) було враження лобної пазухи.

За гістологічною структурою була встановлена наступна послідовність:

Аденокарцинома – у 15 хворих (31,2%), плоскоклітинний незроговілий канцер – у 15 (31,2%), плоскоклітинний зроговілий канцер – у 16 (31,2%), перехідно-клітинний канцер – у 1 (2,13%), циліндрома – у 1 (2,13%), ольфакторна нейробластома – у 1 (2,13%). Позитивним є той факт, що пухлинний процес у 100% випадків підтверджений гістологічно.

Важливим показником є раннє виявлення онкохворих, яке склало всього 27,05%, з а саме: у 1-й стадії виявлено 3 хворих (6,25%) та 10 хворих – у 2-й стадії (20,8%). У пізніх стадіях виявлено 35 хворих (72,95%), а саме: 15 хворих з 3 стадією (31,25%) та 20 хворих (41,7%).

Розподіл хворих за методами лікування був наступним. Хірургічне лікування, як монометод отримали 12 хворих (25%), стільки ж хворих – 12 (25%) – отримали тільки променеву терапію, 17 хворих (35,4%) спеціального лікування не отримували; 3 хворих (6,25%) отримали хірургічне лікування в поєднанні з післяопераційним опроміненням; поєднання хіміотерапії з опроміненням – 2 хворих (4,2%), хірургічне лікування з попереднім опроміненням – 2 хворих (4,2%).

Оцінку ефективності лікування проводили розрахунком виживаності моментним методом Каплана-Мейєра.

Найкращою була виживаність у групі хворих, які отримували тільки хірургічне лікува-

ння, медіана виживаності склала 32 місяці. У групі хворих, яка отримувала тільки променеву терапію, вона відповідала 19 місяцям. У групі, в якій хворі з різних причин не отримували спецлікування або тільки симптоматичну терапію, медіана виживаності склала 15 місяців. Відмінність між показниками статистично значима (p = 0,001).

Слід відзначити, що тільки 1 хворий отримав лікування в інституті отоларингології.

Висновки.

1. З метою покращення раннього виявлення злоякісних пухлин порожнини носа та приносових пазух, слід звернути більше уваги на вікову групу 60-69 років, в якій виявляється 45,8% хворих.
2. Необхідно більш широко використовувати в діагностиці хронічних захворювань носа та при носових пазух комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію.
3. При лікуванні хворих недостатньо використовується хірургічне лікування з попереднім опроміненням.
4. Більш тісне співробітництво з інститутом отоларингології, дозволить оптимізувати якість лікування онкологічних хворих.

© *Д.І. Заболотний, Е.В. Лукач, В.В. Стрежак, 2011*

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, Е.В. ЛУКАЧ, В.Я. ДІХТЯРУК
(КИЇВ, УКРАЇНА)

П`ЯТИРІЧНА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ В УКРАЇНІ

За даними Національного канцер-реєстру у 2002-2004 роках в Україні виявлено 956 хворих із злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух, що склало близько 1,99 випадків на 100 тис. населення. Серед них 605 чоловіків та 351 жінка. Вік хворих складав від 5-ти до 90 років. Найбільша кількість хворих була в групах віком понад 50 років – 737 осіб (77,1%). На I-II стадіях захворювання було виявлене тільки у 13,3% від загалу. На III стадії пухлинний процес діагностувався у 30,4% хворих і 29,1% склали захворювання у IV стадії. В 27,2% – стадія не була визначена.

Переважна більшість новоутворень (72,6%) локалізувалася у верхньощелепній пазусі; значно рідше зустрічалися пухлини у етмоїдальній пазусі (18,2%) і тільки 9,2% пухлин вражали лобну та клиновидну пазухи.

Найбільш поширеною нозологічною одиницею в структурі визначених діагнозів є плоскоклітинний рак, на який припадає 46,2% та аденокарцинома – 17,8%. Інші нозологічні форми захворювання (меланома, гемангіома, рабдоміосаркома, нейробластома, тощо) складали 36% загалом.

У 72,4% випадків проводилася гістологічна верифікація пухлини; 15,2% діагнозів встановлювалося цитологічно, у 7,7% випадків застосовували рентгенологічний метод встановлення діагнозу. У 3,7% хворих злоякісні новоутворення носа та приносових пазух діагностували тільки за клінічними ознаками. Найбільш застосованим методом лікування, що склало 45,2%, було променеве лікування та його поєднання з хірургічним та хіміотерапевтичним методами (тобто, комбінований метод лікування). Тоді як хірургічним методом лікували 13,1% хворих, променевим – 26,6%, хіміотерапевтичним – 2,6% хворих, відповідно. На превеликий жаль, 12,5% пацієнтів не отримали лікування з тих чи інших причин.

Основним критерієм успішності лікувального процесу є показник п`ятирічного виживання, який зумовлюється багатьма чинниками.

Протягом 5-ти років вижили 18,1% хворих, з них 14,7% чоловіків і 21,5% жінок, відповідно. Виявлено статистично достовірні відміни між виживаністю чоловіків та жінок (p=0,003). Починаючи з 12 місяців і до кінця спостереження виживаність жінок вища від такої у чоловіків. Медіана виживаності жінок складає 18 місяців, а чоловіків – 13 місяців. В залежності від стадії захворювання, протягом 5-ти років вижило 20% хворих з I-II стадіями хвороби, 18,7% з III стадією та 7,4% з IV стадією хвороби відповідно. Встановлено статистично достовірні відмінності у виживаності хворих із злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух в залежності від віку . Найбільша виживаність (26,7%) у віковій групі 40-49 років. Було вивчено залежність показника виживаності хворих від місця локалізації злоякісних новоутворень. Вибірка даних складалась з 694 випадків зло-

якісних новоутворень верхньощелепних пазух та 174 випадків злоякісних новоутворень етмоїдальних пазух. Виявлено статистично достовірні відмінності показників виживаності у цих групах (p=0.007). Показник п`ятирічної виживаності хворих з локалізацією у верхнещелепній пазусі становив 15,1% і в етмоїдальній пазусі – 23% відповідно. Медіана виживаності хворих із злоякісними новоутвореннями верхньощелепних пазух складає 18 місяців, а при злоякісні новоутворення етмоїдальних пазух – 14 місяців.

Висновки:

1. П`ятирічний показник виживання за даними Національного канцер-реєстру становив 18,1% хворих: з них 14,7% чоловіків і 21,5% жінок відповідно. Виявлено статистично достовірну залежність показника виживаності від статі , віку пацієнтів, стадії злоякісних новоутворень та місця їх локалізації.
2. Медіана виживаності жінок складає 18 місяців, а чоловіків – 13 місяців.
3. Аналіз проведеного дослідження в Україні свідчить про низьку якість діагностики та лікування хворих із злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух що потребує подальшого вдосконалення технології діагностики та лікування цих хворих.

© *Д.І. Заболотний, Е.В. Лукач, В.Я. Діхтярук, 2011*

Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Д.Д. ЗАБОЛОТНАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ БАЗИС «ХРОНИЗАЦИИ» ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЛОР-ОРГАНАХ

Известно, что состояние иммунологической реактивности во многом определяет вероятность развития воспалительного процесса в слизистой оболочке различного топографического региона организма. Поскольку воспаление рассматривается как часть неспецифического иммунитета (И.И. Мечников,1917; А.М. Чернух, 1979), то количественная или функциональная недостаточность факторов врожденного иммунитета является основой неполной элиминации флогогена (чаще всего инфекта бактериальной или вирусной природы), что определяет один из ведущих механизмов, способствующих к переходу острых процессов в хроническую форму: количественной или функциональной недостаточности факторов врожденного иммунитета (продефензинов, активности фагоцитоза и естественных цитотоксических клеток).

Следующим важным фактором, способствующим развитию хронического воспаления, может быть недостаточность специфического иммунитета, прежде всего гуморального плана в виде специфических иммуноглобулинов против инфекта. В большинстве своем хроническое течение риносинуитов, средних отитов связано с недостаточным количеством антител чаще всего классов А и G. При этом следует подчеркнуть, что недостаточность местных гуморальных факторов, прежде всего секреторного IgA и интерферонов является более значимой в развитии воспалительной патологии в верхних дыхательных путях, нежели недостаток системных гуморальных факторов.

Нерациональная антибиотикотерапия, приводящая к депрессорному влиянию на механизмы иммунитета, также рассматривается в качестве одного из важнейших компонентов «хронизации» инфекционно-воспалительных заболеваний. Новым направлением в рациональной терапии является применение наряду с антибиотиками иммунореабилитационных средств (Р.В. Петров и соавт., 2004, 2008).

Показано, что сенсибилизация к различным аллергенам, особенно микробным, является « проводником « инфекции в организм, способствует развитию и затяжному течению воспалительных заболеваний (А.А. Воробьев и соавт,1995; 2006). Формирование аллергии также рассматривается как одно из проявлений измененной реактивности организма, где помимо экологических условий существенную роль могут играть генетические факторы.

Наконец высокий уровень эндогенной токсичности, оказывающей чрезмерное стимулирующее влияние на систему иммунитета и приводящей к иммунодепресии также может быть одним иммунопатогенетических механизмов развития хронических воспалительных процессов в ЛОР-органах.

© *Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная, 2011*

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, М.Б. САМБУР, Т.Д. САВЧЕНКО, Ю.В. КІКОТЬ, О.Л. КОСТЮЧЕНКО, Л.Д. КРИВОХАТСЬКА, С.В. ТИМЧЕНКО, О.П. ГОЛОБОРОДЬКО, Т.В. СИДОРЕНКО, М.Д. ТИМЧЕНКО, Т.А. ЗАЄЦЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Передракові захворювання – це дистрофічні, наполегливі, але нестійкі проліферати, які ще не стали повністю визначеними пухлинами. Для виникнення злоякісних пухлин необхідно, по-перше, схильність (місцеві та загальні особливості клітинних та гуморальних систем організму), по-друге – реалізуючи фактори – внутрішні та зовні, специфічні «подразники», та, по-третє, експозиція, а саме – довготривала дія цих факторів. З метою удосконалення діагностики та прогнозування перебігу захворювання та враховуючи перераховані причинно-наслідкові чинники, був розроблений діагностичний алгоритм хворих з передраковими захворюваннями верхніх дихальних шляхів. Оцінка показників гомеостазу та динаміки протипухлинних та протизапальних маркерів дозволяють прогнозувати важкість перебігу та ймовірність рецидивування процесу у кожному конкретному випадку.

Скудність клінічних проявів на ранніх стадіях хвороби та відсутність настороженості населення та лікарів поліклінік потребують ретельного клініко-лабораторного скринінгу даного контингенту хворих:

а) Анамнестичні дані:

- професіональна шкідливість та згубні звички (паління, зловживання алкоголем, контакт з канцерогенними речовинами, знаходження у середовищу з підвищеним рівнем іонізуючої радіації та радіогенними нуклеїдами та ін.).
- рецидивуючий характер захворювання є передвісником стійкої проліферації епітелію і потребує диспансерного нагляду та профілактичного лікування.
- наявність фонових захворювань, а саме: хронічні захворювання ШКТ, ендокринної системи, системні захворювання сполучної тканини та системи крові, вторинні імунодефіцити, хронічні вірусні інфекції та носійство еу- та прокаріотів.
- спадковість;

б) Інструментальний огляд ЛОР-органів з використанням мікроскопічної та ендоскопічної техніки для правильної оцінки стану епітеліального покрову, КТ та МРТ (у разі необхідності).

в) При наявності патологічних змін епітелію ВДШ на тлі анамнестично несприятливих ознак – необхідна біопсія з осередку хронічного запалення, або хірургічне видалення патологічного процесу з подальшим патогістологічним дослідженням матеріалу.

г) Вірусологічне дослідження крові та біоптату патологічно змінених тканин хворих;

Оцінка показників гомеостазу та динаміки протипухлинних та протизапальних маркерів дозволяють прогнозувати важкість перебігу та ймовірність рецидивування процесу у кожному конкретному випадку.

© *Д.І. Заболотний, М.Б. Самбур, Т.Д. Савченко, Ю.В. Кікоть, О.Л. Костюченко, Л.Д. Кривохатська, С.В. Тимченко, О.П. Голобородько, Т.В. Сидоренко, М.Д. Тимченко, Т.А. Заєць, 2011*

М.А. ЗАВАЛИЙ, А.Г. БАЛАБАНЦЕВ, Н.Ю. НОВИКОВ, А.А. ЗАВАЛИЙ, А.Н. ОРЕЛ (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА МОНИТОРИНГА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МУКОЦИЛИАРНОЙ ТРАНСПОТРНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ГНОЙНОГО СИНУСИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И В КЛИНИКЕ

Мукоцилиарная транспортная система (МЦТС) играет ведущую роль в защитной функции носа и околоносовых пазух. При нарушении работы мукоцилиарного транспорта в условиях гнойного воспаления слизистая оболочка теряет способность к удалению инородных частиц и продуктов секреции, резко снижается её резистентность к инфекции, возникает застой слизи, создаются благоприятные условия для развития патологического процесса.

Большинство известных сегодня методов исследования МЦТС имеют ряд недостатков,

которые затрудняют их применение в клинических условиях, особенно в целях экспресс-диагностики и мониторинга течения заболевания. Они либо применимы исключительно в эксперименте в силу необходимости специального оборудования, либо не позволяют отслеживать динамику показателей в процессе течения заболевания и курса лечения.

Нами был разработан и экспериментально обоснован комплекс диагностики и мониторинга синусита, основанный на воспроизведении физических величин, которые характеризуют функциональное состояние мукоцилиарной транспортной системы (поверхностная активность и кислотность секрета), и позволяющий наблюдать количественные показатели в динамике.

Поверхностная активность промывной жидкости из околоносовых пазух изучалась при помощи метода исследования стабильности пузырька пены – метода Паттла, кислотность определяли при помощи тест-полосок с шагом значения pH 0,5 и 0,3, охватывающих диапазон 2,0-9,0 и 5,1-7,2 соответственно.

При апробации метода в эксперименте использовалась модель острого гнойного верхнечелюстного синусита у кроликов.

В сравнительной оценке эффективности метода участвовали группа экспериментальных животных, получавшая лечение препаратами с доказанным воздействием на МЦТС, и группа пациентов, получавших лечение по поводу гнойного верхнечелюстного синусита согласно современным протоколам.

Показатель поверхностной активности у экспериментальных животных демонстрировал выраженную положительную динамику в процессе лечения; показатель pH к середине десятидневного курса лечения повышался до значений 8,2-8,5 и к концу периода возвращался к норме 7,3-7,5.

В клинике в условиях гнойного верхнечелюстного синусита в разнородной группе пациентов метод показал достоверные различия в функциональном состоянии МЦТС по сравнению с нормой. Однако кривая показателя поверхностной активности имела одногорбый характер с подъёмом в середине курса лечения при наличии клинически стойкой положительной динамики. Это можно трактовать как отражение эндогенного компенсаторного процесса в слизистой оболочке в качестве реакции на гнойное воспаление, с последующим истощением ресурса секреции поверхностно активных веществ. Показатель кислотности демонстрировал умеренно выраженную динамику возврата к уровню нормальных значений.

По характеру наблюдаемой зависимости можно делать предположения о наличии довольно слабого влияния терапии гнойного синусита согласно современным протоколам на функциональное состояние МЦТС околоносовых пазух. Это можно расценивать как одну из возможных причин хронизации синусита, а также развития осложнений.

Таким образом, мониторинг функционального состояния МЦТС в условиях гнойного синусита способен помочь адекватно корректировать курс общей и местной медикаментозной терапии для повышения клинической эффективности проводимого лечения.

© *М.А. Завалий, А.Г. Балабанцев, Н.Ю. Новиков, А.А. Завалий, А.Н. Орел, 2011*

М.А. ЗАВАЛИЙ, А.Г. БАЛАБАНЦЕВ, А.Н. ОРЕЛ, А.А. ЗАВАЛИЙ
(СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МУКОАКТИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

В последние годы сохраняется неуклонный рост заболеваемости острыми и хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. В среднем около 5-15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой синусита. За последние годы заболеваемость выросла почти в 2 раза, а удельный вес госпитализированных по поводу данного заболевания ежегодно увеличивается на 1,5-2%.

Хронические риносинуситы сопровождаются длительной потерей трудоспособности, а также возникновением орбитальных, внутричерепных осложнений. Часто встречаются сочетанные поражения верхних и нижних дыхательных путей.

Главная роль в защите верхних дыхательных путей человека от внешних и внутренних патогенных воздействий принадлежит мукоцилиарной системе, основной функцией которой является мукоцилиарный клиренс.

Мукоцилиарный клиренс обеспечивается функционированием ресничек реснитчатого эпителия, а также оптимальным количествен-

ным и качественным составом секрета слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Секрет слизистой оболочки дыхательных путей имеет двухфазную структуру. Реснички находятся и движутся в более глубоком слое, так называемой перицилиарной серозной жидкости, обладающей свойствами золя. Поверхностный слой – гель, расположен над золем и над ресничками и непосредственно контактирует с воздухом.

Одним из основных факторов патогенеза респираторных заболеваний является нарушение механизма мукоцилиарного клиренса, что чаще всего связано с избыточным образованием или повышением вязкости секрета околоносовых пазух и полости носа. При развитии воспалительных процессов отмечается значительное ухудшение реологических параметров секрета и как следствие – нарушение дренажной функции околоносовых пазух.

Современный фармакологический рынок предлагает большое количество препаратов, предназначенных для устранения мукоцилиарной недостаточности. Одной из таких групп являются мукоактивные лекарственные средства, которые по механизму действия разделяются на муколитические, секретомоторные и секретолитические.

В отоларингологической практике наибольшее распространение получили муколитические (N-ацетилцистеин, геломиртол, синупрет) и секретолитические (бромгексин, амброксол) препараты.

Однако по данным литературы эффективность синтетических муколитических и секретолитических препаратов подвергается сомнению. В ряде исследований показано негативное влияние на мукоцилиарную транспортную систему таких веществ как N-ацетилцистеин, бромгексин, амброксол. В связи с этим перспективной представляется группа сурфактант-содержащих препаратов, использование которых в ранее проведенных нами экспериментальных работах, показало их положительное влияние на ультраструктуру мерцательного эпителия.

Таким образом, рациональное применение мукоактивных лекарственных препаратов в оториноларингологии остаётся предметом дальнейшего исследования с целью определения показаний их дифференцированного использования в лечении больных синуситами для повышения его эффективности, а также выявления механизмов возможного отрицательного воздействия на мукоцилиарную транспортную систему при различных формах и стадиях воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

© *М.А. Завалий, А.Г. Балабанцев, А.Н. Орел, А.А. Завалий, 2011*

М.А. ЗАВАЛИЙ, А.Г. БАЛАБАНЦЕВ, Т.Г. ФИЛОНЕНКО, С.П. ГРУШКА
(СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФАРИНГОЛАРИНГИТОВ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Хронический фарингит – распространенное полиэтиологическое заболевание и в большинстве случаев носит вторичный характер. По данным литературы до 42% причинным фактором хронического фарингита является фаринголарингеальный рефлюкс. Недооценка врачами возможности такого варианта течения болезни может быть причиной ошибок в диагностике и выборе тактики лечения пациентов с хроническими фаринголарингитами.

Цель работы оценить эффективность лечения больных с хроническим фаринголарингитом при установленном этиологическом факторе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Задачи исследования.

1. Определить диагностические критерии для установления этиологического фактора заболевания.
2. Провести клинические и лабораторные исследования слизистой гортаноглотки и пищевода в динамике лечения.

Материалы и методы. Нами обследовано 153 человека с клиническими признаками хронического фаринголарингита. Из них у 62 (40,5%) больных были обнаружены проявления ГЭРБ, эти пациенты были распределены на две группы: 1-я – 38 человек, 2-я – 24 человека. В 1-й группе наблюдения в комплекс лечения наряду с препаратами ингибиторов протонной помпы, антацидами, прокинетиками, препаратами противовоспалительного и антисептического действия для местного применения в гортаноглотке, был включен препарат Иберогаст, его назначали внутрь по 20 капель 3 раза в день во время еды на 1 месяц. Во 2-й группе сравнения больные в комплексе лечения Иберогаст не принимали. Стаж болезни у пациентов составил

от 6 месяцев до 5 лет. Возраст – от 25 до 60 лет, мужчин – 29 человек, женщин – 33. Клиническое обследование включало: тщательный сбор анамнеза, оториноларингологический осмотр, оценку клинических симптомов в баллах, ОАК, ОАМ, сахар крови, ЭКГ, Rö-исследование органов грудной клетки, фиброэзофагогастроскопию (выполняли эндоскопом Olympus GIF-H180 с функцией высокого оптического разрешения), биопсию слизистой пищевода. Выявляли наличие и степень проявления следующих клинических симптомов: боль в горле, изжога, дисфагия, отрыжка, а также проводили оценку общего самочувствия. Шкала баллов: 5, 4, 3, 2, 1, 0. Результат оценивали как хороший при сумме баллов до 11, удовлетворительный до 15 баллов, неудовлетворительный >15 баллов. Эндоскопически степень тяжести ГЭРБ определяли по Лос-Анджелесской классификации. Морфологическую часть работы выполняли с помощью обзорной световой микроскопии с использованием окрасок гематоксилин и эозин, а также использовали иммуногистохимический метод с моноклональными антителами Ki67, p53, CK20 (DakoCytomation) для подтверждения морфогенеза хронического фаринголарингита, оценки степени тяжести заболевания и эффективности лечения в динамике.

Результаты. До начала лечения при анализе клинические симптомы у больных были выражены – средний балл составил 18,8.

17 человек обратились впервые, 40 – длительное время безуспешно лечились традиционными методами по поводу хронического фарингита.

В результате лечения отмечено улучшение в обеих группах. Средний балл составил 9,26 и 11,46 в первой и во второй группах соответственно. До начала лечения согласно Лос-Анджелесской классификации в обеих группах не было больных с неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (Н ГЭРБ), количество больных с ГЭРБ степени А составило 23 человека, степени В – 23 человека, степени С – 16 человек. После лечения эндоскопическое исследование показало, что у 19 пациентов имеется Н ГЭРБ, у 24 – ГЭРБ степени А, у 10 – ГЭРБ степени В и у 9 пациентов – ГЭРБ степени С.

© *М.А. Завалий, А.Г. Балабанцев, Т.Г. Филоненко, С.П. Грушка, 2011*

В.С. ЗАЙЦЕВ, Н.В. КИТЕНКО, Е.В. ЛИТОВКИНА (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

ГЕРПЕТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛОР ОРГАНОВ: ТРИ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯ

Герпетическая инфекция относительно редко встречается в практике оториноларинголога, о чем свидетельствуют единичные публикации по этой проблеме (Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000; С.К. Боенко, В.И. Лозицкая, 2005; Г.И. Гарюк, И.В. Мороз, 2010). С другой стороны, причиной редкой диагностики герпетических поражений ЛОР-органов может быть недостаточная осведомленность врачей-оториноларингологов об особенностях клинических проявлений этих заболеваний, нередко протекающих под маской банального воспаления. В то же время необходимо подчеркнуть, что эта патология может сопровождаться тяжелыми осложнениями, в том числе, поражением черепно-мозговых нервов (К.А. Никитин, Д.А. Котельникова, 2006).

Среди семейства Herpesviridae к человеческим патогенам относится вирус простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа, вирус опоясывающего лишая, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барра, ВПГ 6,7 и 8 типов. Внедрившись в организм, вирус герпеса сохраняется в нем пожизненно в виде латентной инфекции, которая может переходить в клинически выраженные формы под влиянием ослабляющих организм заболеваний или в результате проводимого по какому-либо поводу лечения кортикостероидами, иммунодепрессантами, цитостатиками, лучевой терапии.

Принимая во внимание большую распространенность герпетической инфекции можно думать о недооценке ее этиологической роли в поражении ЛОР органов. В связи с изложенным считаем возможным поделиться несколькими наблюдениями этой патологии, имевшими место в нашей клинической практике. Все больные наблюдались в ЛОР-кабинете медицинского центра «Клиника семейной медицины». Верификация герпетической инфекции, помимо клинических признаков, включала в себя и обязательную лабораторную диагностику – иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови с детекцией специфических антигерпетических IgM и IgG.

Наиболее тяжелые осложнения вызывает вирус Herpes zoster, обладающий выраженной нейротоксичностью. Для него характерно демиелинизирующее поражение нервных волокон,

блокирующее проведение нервных импульсов. Мы наблюдали пациентку в возрасте 21 года, которая обратилась с жалобами на боль в левом ухе, высыпания на коже ушной раковины, перекос лица. В течение 5-6 дней отмечала общую слабость, субфебрильную температуру тела. За два дня до обращения появились высыпания на коже ушной раковины, а спустя сутки – перекос лица. При объективном обследовании на коже передней поверхности левой ушной раковины и коже наружного слухового прохода выявлены мелкопузырьковые высыпания. Выражены симптомы периферического поражения лицевого нерва: лагофтальм, сглаженность левой носогубной складки, расстройство вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка слева, сухость глаза. Последний симптом указывал на высокий – супрагеникулярный уровень поражения лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе.

К сожалению, в приведенном наблюдении этиологическая роль вируса герпеса не была подтверждена результатами ИФА сыворотки крови. Однако сочетание ушного герпеса с поражением лицевого нерва трактовалось нами как синдром Ханта, характерный для Herpes zoster oticus. В качестве противовирусной терапии больной назначен ацикловир по 400 мг 4 раза в сутки в течение трех недель. Для устранения отека ствола лицевого нерва в течение 7 дней проводилась дегидратационная терапия под контролем электролитного баланса крови для предупреждения гипокалиемии. Кроме того пациентке были назначены витамины В1, В6, а для улучшения микроциркуляции – трентал, эуфиллин. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика со стороны первой и второй ветвей лицевого нерва – левый глаз закрывается почти полностью, появились движения в области левой щеки и левой ноздри. Однако полного восстановления функции лицевого нерва добиться не удалось.

Следующие два клинических наблюдения касаются герпетического поражения глотки, отмеченного нами у двух пациентов – мужчин 27 и 32 лет. Оба жаловались на интенсивную боль в горле, высокую температуру тела – до 39ºС в течение 2-3 дней. Спустя 1-2 дня от начала заболевания пациенты отметили появление в глотке шероховатостей в виде крупинок и бугорков, возвышающихся над поверхностью слизистой. При осмотре глотки на слизистой оболочке мягкого неба, передних небных дужек и свода твердого неба определялись скопления пузырьков величиной от просяного зерна до булавочной головки, наполненные прозрачной жидкостью. У одного больного указанные высыпания располагались лишь на одной половине глотки, не переходя за среднюю линию, что было характерным для Herpes zoster. Однако спустя сутки такие же элементы были обнаружены на слизистой оболочке другой половины глотки, одновременно появились герпетические высыпания на коже лица.

Герпетическая инфекция подтверждена результатами ИФА сыворотки крови. В обоих случаях установлены диагностически значимые уровни IgG к ВПГ 1/2 типов в 23,6 и 25,8 раза превышающие показатели контрольных положительных образцов при титре 1:3200. Однако лишь у одного больного с сочетанным поражением слизистой оболочки глотки и кожи лица была диагностирована острая герпевирусная инфекция на основании высокого уровня IgM к ВПГ 1/2 типов в сыворотке крови. Низкие уровни этого показателя у другого пациента давали основание предположить манифестацию симптомов герпетической инфекции – ВПГ, персистирующей в его организме.

Лечение больного с острой формой герпетической инфекции включало назначение ацикловира по 800 мг 4 раза в сутки в течение двух недель. Одновременно производилась обработка герпетических элементов на коже лица 2,5% мазью герпевир, наносившейся каждые 3-4 часа. Пациенту с герпетическими высыпаниями на слизистой оболочке глотки в качестве противовирусного препарата был использован гропринозин, являющийся высокоэффективным иммуномодулятором и обладающий антигерпетическим действием. Препарат назначался из расчета 50 мг на 1 кг массы тела в сутки за 3-4 приема в течение 10 дней. Обоим пациентам для купирования болевого синдрома и профилактики бактериального загрязнения назначались топические антисептики трахисан и декатилен. В обоих случаях достигнуто выздоровление.

Особенностью первого наблюдения является тяжелое течение Herpes zoster oticus. Два наблюдения герпетического поражения глотки заслуживали внимания в силу сложностей диагностики, решающее значение для которой имело выявление маркеров герпевирусной инфекции. Наряду с этим следует отметить, что в настоящее время в арсенале врача-оториноларинголога имеется набор эффективных противогерпетических препаратов, значительно облегчающих течение герпетических поражений ЛОР-органов, ослабляющих симптомы интоксикации и способствующих ликвидации локальных проявления заболевания.

© *В.С. Зайцев, Н.В. Китенко, Е.В. Литовкина, 2011*

Т.Ю. ЗАПОРОЖЕЦ, А.Ю. КОНОВАЛОВ, Ю.К. ЗАПОРОЖЕЦ (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «БАКТЕРИОФАГ СТАФИЛОКОККОВЫЙ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ

В патологии ЛОР-органов на настоящий момент заболевания придаточных пазух носа, безусловно, занимают ведущую позицию. Несмотря на успехи, достигаемые при лечении синуитов, на множество разработанных методик медикаментозной коррекции и профилактики данной патологии, численность пациентов с этим заболеванием не уменьшается. Такая распространенность воспалительных процессов в придаточных пазухах носа связана с мультифакторными причинами. Проблема заболеваемости включает в себя как агрессивное воздействие факторов окружающей среды, нарушение архитектоники полости носа и мукоцилиарного клиренса, высокая склонность к простудным заболеваниям, связанная со снижением регуляторной функции факторов клеточного и гуморального иммунитета, так и высокую вариабельность триггерных бактериальных агентов (Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza, Moraxella catarrhalis и др. (C. Bachert и др., 2004; Г.Е. Тимен и др., 2008).

В ЛОР отделении 1-й городской больницы г. Луганска с 2009 по 2011 гг. внедрялось в практику применение препарата «Бактериофаг стафилококковый» (Р NOO1973/01 от 03.11.2006 г.) для введения в гайморовы пазухи у больных с острыми синуитами. Под наблюдением находилось 86 человек, которые были рандомизированы по полу и возрасту и разделены на две группы. Основная группа составила 46 человек, которым при пункции гайморовых пазух производилось введение препарата «Бактериофаг стафилококковый» и группа сравнения в 40 человек, которым вводился стандартный антисептик диоксидин. Общемедикаментозное лечение пациентам обеих групп проводилось согласно протоколу МОЗ Украины. Целью нашего исследования было сократить количество пункций гайморовых пазух и уменьшить сроки пребывания пациента в стационаре. В результате проведенного исследования были получены следующие данные. Количество пункций до получения чистых промывных вод (клинического выздоровления) сократилось до 2-3, в некоторых случаях было достаточно одной (41%). Сроки пребывания в стационаре составляли 5-7 дней. Тогда как в группе сравнения количество пункций составляло от 3 до 7 до состояния клинического выздоровления и пребывание в стационаре, соответственно, возрастало до 7-14 дней.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения препарата «Бактериофаг стафилококковый» в практической оториноларингологической деятельности при лечении острых гнойных гайморитов.

© *Т.Ю. Запорожец, А.Ю. Коновалов, Ю.К. Запорожец, 2011*

Т.Ю. ЗАПОРОЖЕЦ, В.Ю. НЕКРАСОВ, А.Ю. КОНОВАЛОВ, Ю.К. ЗАПОРОЖЕЦ (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЦЕТРАКСАЛ ПЛЮС» В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МЕЗОТИМПАНИТОМ

Проблема поиска эффективных и безопасных лекарственных средств для лечения хронического мезотимпанита является одной из важнейших и далеко не решенной проблемой в оториноларингологии, что можно объяснить ростом пациентов с данной патологией (Козлов С.Н., 2004; Сидоренко С.В., 2005). По данным Пальчуна В.Т. (2003) частота встречаемости хронических мезотимпанитов в ЛОР-практике составляет около 5,3% от общей патологии, а среди заболеваний уха до 20% случаев. Хронический мезотимпанит часто имеет полимикробную этиологию. Наиболее значимыми возбудителями являются Staphilococcus aureus, Staphilococcus epidermidis, Haemophilus influenzae и Pseudomonas aeruginosa (Loy A.H., 2002; Niemelä M., 2003). Трудности в подборе адекватной терапии чаще всего связаны с тем, что местные бактериологические лаборатории не всегда быстро и точно могут определить флору, спровоцировавшую обострение мезотимпанита, и ее чувствительность к антибиотикам. Это зачастую затрудняет определение этиологии и приводит к эмпирическому под-

бору антибактериальной терапии. Целью нашего исследования было наработать наиболее универсальную схему лечения хронических мезотимпанитов с учетом этиологических возбудителей и их антибактериальной чувствительности.

За период с 2009 по 2011 гг. в ЛОР-отделении Луганской городской больницы № 1 находилось под наблюдением 46 пациентов с хроническим мезотимпанитом. Все пациенты были рандомизированы по возрасту и полу и разделены на две группы. В обеих группах проводилось общеклинические обследования, в том числе брался мазок из уха на флору и чувствительность к антибиотикам. Было установлено, что основными возбудителями у наших пациентов являются Staphilococcus epidermidis (46%), Staphilococcus aureus (29%), Staphilococcus viridans (16%) и Haemophilus influenzae (9%). Основная группа составила 21 пациент, которым для местного применения назначались капли «Цетраксал ПЛЮС» (Р.С. № UA/9804/01/01 от 25.06.2009), а в контрольной группе (25 человек) в уши назначались любые другие ушные капли, не учитывая состав и фирму, но разрешенные по инструкции для применения при хронических отитах. Общемедикаментозное лечение в обеих групах назначалось согласно протоколу МОЗ Украины с ежедневным туалетом уха. «Цетраксал ПЛЮС» – это комбинированный препарат для наружного применения, в состав которого входят ципрофлоксацин 3 мг/мл и флуоцинолона ацетонид 0,25 мг/мл. Фармакологическое действие обусловлено противовоспалительными и анальгезирующими свойствами флуоцинолона и ципрофлоксацина – антибиотика группы фторхинолонов. Основным показанием к применению данного препарата по инструкции является лечение острых наружных отитов, нами же он был применен для лечения мезотимпанитов. Первоначально нами «Цетраксал ПЛЮС» закладывался в ухо на турунде, затем капали в ухо, в дальнейшем же была наработана следующая схема. В основной группе препарат капали 3 раза – один раз с тимпанонагнетанием до прохождения по слуховой трубе в носоглотку, а 2 раза просто по 2-3 капли и закрывали ухо ватой. При тимпанонагнетании пациенты отмечали незначительное, кратковременное жжение по ходу слуховой трубы, в остальном же препарат переносился хорошо, не было отмечено иных жалоб и побочных эффектов. В результате проведенного лечения улучшение в основной группе наступало на 2-3 сутки от начала терапии, тогда как в контрольной группе видимого улучшения в эти сроки отмечено не было. Средние сроки лечения в стационаре у пациентов основной группы до стойкого клинического улучшения составляло, в среднем, 9-10 дней, тогда как пациенты контрольной группы получали лечение до 14-20 дней, а у 21% пациентов стойкого улучшения достигнуто не было.

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать препарат «Цетраксал ПЛЮС» к применению в схему лечения пациентов с хроническим мезотимпанитом.

© *Т.Ю. Запорожец, В.Ю. Некрасов, А.Ю. Коновалов, Ю.К. Запорожец, 2011*

О.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, Ю.В. КІКОТЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЕКСУДАТИВНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ PROCESSUS MASTOIDEI

Незважаючи на досягнуті успіхи в лікуванні хворих на хронічний ексудативний середній отит, насьогодні нажаль не запропонована адекватна тактика хірургічного лікування цієї нозології, що обумовлює необхідність подальшого вивчення даної патології та актуальність розробки нових методів її лікування.

У відділенні запальних захворювань ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» розроблені методики хірургічних втручань при ексудативних середніх отитах в залежності від типа анатомічної будови processus mastoidei та алгоритм діагностики для вибору оптимальної хірургічної тактики. Під час проведення операції застосовували довгострокові вентиляційні трубочки із біокомпозиту «Сінтекість», який є синтетичним гідроксіапатитом, але за своїми властивостями представляє собою аналог мінеральних речовин кістки людини.

При втяжинні барабанної перетинки та зниженні пневматизації у processus mastoidei ми виконуємо антромастоідотомію. Трубочка із синтекості вводиться дистальною зогнутою частиною в адітус, а проксимальна частина лишається на рівні верхнього краю трепанаційної полості. В середину вводимо тефлонову трубку, довшу на 2 мм. Між трубочкою та стінками

порожнини вкладаємо фрагменти ауто- та синтекістки.

При хронічному ексудативному середньому отиті з частковою або повною блокадою тимпанальних отворів формується зв'язок між епі- та мезотимпанумом. Додатково здійснюється шунтування барабанної порожнини. За умови нормального функціонування між епі- та мезотимпанумом протягом 1 місяця шунт видаляється. Тефлонова трубочка видаляється при відновлення функції слухової труби. Після чого шкіра зростається та закриває вентиляційний отвір, який легко відновити при погіршенні роботи слухової труби.

При втяжинні барабанної перетинки та склеротичному типі processus mastoidei виконується шунтування. При підозрі на часткову або повну блокаду тимпанальних отворів додатково виконується задня тимпанотомія з ревізією барабанної порожнини. При пневматичному типі та наявності мукозита в барабанній порожнині та ретракційного карману з холестеатомою в аттику здійснюється роздільна аттикоантромастоідотомія з видаленням латеральної стінки аттика та холестиатоми. Проводиться мастоїдопластика ауто- та сінтекісткою після чого в барабанну порожнину вводять шунт.

При склеротичному типі processus mastoidei проводиться аттикотомія з видаленням холестеатоми трансмеатально або заушним доступом та шунтування барабанної порожнини.

Спостереження за хворими на хронічний ексудативний середній отит в післяопераційний період дозволяють зробити висновок про доцільність застосування даних методик хірургічного лікування та перспективності застосування вентиляційних трубок із біокерамічного трансплантата «Синтекість».

© *О.Ю. Запорощенко, Ю.В. Кікоть, 2011*

А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, А.С. ЧЕМЕРКИН, Н.А. ПЕЛЕШЕНКО, Т.А. РЫСКАЛЬ (КИЕВ, УКРАИНА)

ТИМПАНОПЛАСТИКА ПО IV ТИПУ С КОСТНЫМ ЭКРАНИРОВАНИЕМ ОКНА УЛИТКИ

В настоящее время в специализированных клиниках больным хроническим гнойным средним отитом, примерно в 40% случаев производят санирующие операции на среднем ухе открытым способом. Однако к недостаткам таких операций следует отнести наличие открытой мастоидальной полости, за которой требуется уход, а также возникающие затруднения при формировании большой неотимпанальной полости из-за отсутствия латеральной стенки аттика и задней стенки наружного слухового прохода.

В отделении воспалительных заболеваний ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», санирующие операции открытым способом производятся в единичных случаях при соответствующем строении аттика, а именно при узком аттике, когда санировать эпитимпанальное пространство технически невозможно. Показанием к проведению санирующей операции открытым способом является также наличие вирулентной инфекции. Количество санирующих операций произведенных открытым способом в нашем отделении не превышает 5% от общего количества санирующих операций. Сохранение латеральной стенки аттика и задней стенки наружного слухового прохода позволяют произвести в дальнейшем наиболее функциональный вариант тимпанопластики с формированием большой неотимпанальной полости. Больные хроническим гнойным средним отитом после перенесенной санирующей операции открытым способом также нуждаются в функциональной реабилитации. Таким больным в случаях разрушения патологическим процессом звукопроводящего аппарата среднего уха и при наличии эпидермального покрова на медиальной стенке барабанной полости производится IV тип тимпанопластики. Однако этот тип тимпанопластики является недостаточно функциональным. Поэтому мы поставили перед собой задачу усовершенствовать IV тип тимпанопластики, с целью улучшения функциональных результатов.

В отделении воспалительных заболеваний была разработана методика проведения IV типа тимпанопластики с костным экранированием окна улитки. В начале операции отсепаровывается эпидермальный покров с медиальной стенки барабанной полости в нижнем и частично среднем ее отделах до уровня верхнего края тимпанального устья слуховой трубы и нижнего края ниши окна преддверия. Для экранирования окна улитки используются костная пластинка толщиной до 1 мм. Изготавливаются такие пластинки из

биокерамического материала «Синтекость». Этот материал разработан на Украине и представляет собой гидроксиопатит, который является аналогом минеральных веществ кости.

С помощью костной пластинки формируется малая неотимпанальная полость. Для этого пластинка помещается между краем нижней стенки наружного слухового прохода и медиальной стенкой барабанной полости, таким образом, чтобы получилось надежное разделение ниши окна улитки внутри малой неотимпанальной полости от ниши окна преддверия, находящейся вне ее. На костную пластинку укладывается аутофасция височной мышцы таким образом, чтобы она одним краем соприкасалась с нижней костной стенкой наружного слухового прохода, а другим со стенками барабанной полости. Отсепарованные в начале операции эпидермальный покров и кожа наружного слухового прохода укладываются на прежнее место, покрывая фасцию снаружи. В течение 6 месяцев внутренняя поверхность костной пластинки и медиальная стенка неотимпанальной полости покрываются слизистой оболочкой. В отличие от мягкотканой неотимпанальной мембраны, костная пластинка усиливает звуковую защиту окна улитки. При этом отраженная звуковая волна попадает на основание стремени и дополнительно усиливает звуковое давление. Такая операция повышает функциональные результаты IV типа тимпанопластики. Костно-воздушный интервал после операции уменьшается в среднем до 10-15дБ.

Наблюдение за больными в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде позволяет сделать вывод, что IV тип тимпанопластики с костным экранированием окна улитки является более функциональным, чем классический вариант IV типа тимпанопластики по Вульштейну.

© *А.Ю. Запорощенко, А.С. Чемеркин, Н.А. Пелешенко, Т.А. Рыскаль, 2011*

А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, А.С. ЧЕМЕРКИН, Н.А. ПЕЛЕШЕНКО, Т.А. РЫСКАЛЬ
(КИЕВ, УКРАИНА)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОКЕРАМИЧЕСКОГО ТРАНСПЛАНТАТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СРЕДНЕГО УХА

В последние годы в отохирургии с успехом применяются различные пластические материалы, среди которых важное место занимают ауто- и аллотрансплантаты. Используются также синтетические биоактивные керамические материалы, которые вступают в биохимические связи с окружающими тканями и, постепенно рассасываясь, замещаются костной тканью реципиента. Эти биологические свойства биокерамики объединяют её с трансплантатами. Поэтому по нашему мнению, биокерамику можно назвать биокерамическим трансплантатом.

Одним из таких материалов, разработанных на Украине является «Синтекость». Этот материал представляет собой синтетический гидроксиапатит, состав которого аналогичен минеральному составу кости.

В отделении воспалительных заболеваний ГУ «Институт отларингологии им. проф. А.С. Коломийченко АМН Украины» биокомпозит «Синтекость» с успехом применяется в реконструктивной хирургии наружного и среднего уха. Нами разработаны и внедрены в клиническую практику методики хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом в зависимости от типа строения сосцевидного отростка. У больных хроническим гнойным средним отитом, у которых определялся пневматический тип строения сосцевидного отростка производится операция раздельная аттикоантромастоидотомия. При наличии антибиотикограммы и отсутствии антибиотикорезистентных штаммов возбудителей после санирующей операции производится первичная мастоидопластика фрагментами аутокости, взятой в области сосцевидного отростка при подходе к антруму. При необходимости дополнительно используются фрагменты синтекости.

При отсутствии роста микрофлоры проведение первичной мастоидопластики может оказаться неэффективным, поскольку не может быть обеспечено адекватной антибиотикотерапией в послеоперационном периоде. В этих случаях нами производится отсроченная мастоидопластика. При подходе к антруму здоровая кость в виде стружки собирается и хранится в 0,5% растворе формалина при температуре 2-4°С в течение недели. Из вскрытых ячеек сосцевидного отростка берется мазок для микробиологического исследования. Патологически измененные ткани, холестеатомные массы удаляются. При необходимости выполняется патоморфологиче-

ское исследование грануляционных тканей. Заушная рана ведется открытым способом. Через 1 неделю, после получения результатов микробиологического исследования выполняется отсроченная комбинированная мастоидопластика костным аутотрансплантатом, предварительно отмытым в физиологическом растворе, и фрагментами синтекости. Заушная рана ушивается наглухо. Назначаются антибиотики с учетом показателей антибиотикограммы. У всех оперированных пациентов заушная рана зажила первичным натяжением.

У пациентов со склеротическим типом строения сосцевидного отростка выполняется остеопластическая аттикоантротомия со стороны наружного слухового прохода. После разреза мягких тканей в заушной области кожа задней стенки наружного слухового прохода отсепарируется от кости. Через это пространство производится санирующая операция. Здоровая кость в области сосцевидного отростка в виде стружки используется для мастоидопластики. После удаления латеральной стенки аттика, вскрытия антрума берется мазок для микробиологического исследования. После санации полостей среднего уха в зависимости от состояния раны, наличия или отсутствия антибиотикограммы осуществляется первичная или отсроченная мастоидопластика костным аутотрансплантатом. При необходимости дополнительно используется синтекость. При отсроченной мастоидопластике заушная рана ведется открытым способом в течение 1 недели. Костный аутотрансплантат хранится в 0,5% растворе формалина. Перед использованием костные фрагменты отмываются в физиологическом растворе. После этого производится облитерация костной полости.

Санирующая операция открытым способом выполняется нами у больных с пневматическим или смешанным типом строения сосцевидного отростка в единичных случаях при соответствующем анатомическом строении аттика, а именно: при узком аттике, когда в силу анатомических условий обеспечить санацию эпитимпанального пространства было технически не возможно. Таким больным после проведения костной части операции производится реконструкция задней стенки наружного слухового прохода и мастоидопластика биокерамическим трансплантатом.

Вторичная мастоидопластика производится больным хроническим гнойным средним отитом, перенесшим ранее общеполостную операцию на среднем ухе. Разрезаются мягкие ткани в заушной области. Эпидермальный покров на стенках трепанационной полости отсепаровывается до проекции «шпоры». Со стороны полости на эпидермальный покров укладывается лоскут фасции и пластинка синтекости толщиной до 1 мм. В трепанационную полость помещается стружка аутокости, взятой с краев трепанационной полости и фрагменты синтекости. Рана зашивается наглухо.

Течение послеоперационного периода у всех больных было гладким. Заушная рана зажила первичным натяжением. Все прооперированные, были выписаны через 1 неделю после ушивания раны.

Наблюдение за пациентами в отдаленном послеоперационном периоде позволяет сделать вывод о целесообразности применения данных методик хирургического лечения в клинике и перспективности использования синтекости в реконструктивной хирургии наружного и среднего уха.

© *А.Ю. Запорощенко, А.С. Чемеркин, Н.А. Пелешенко, Т.А. Рыскаль, 2011*

М.А. ЗОЛОТАРЕВА, Л.В. ГУЛЯЕВА, А.А. БОНДАРЕНКО, А.М. МИХАЛЬЧЕНКО, Т.И. КОРОВАЙКО, С.М. ПОДУЗДИКОВА, Н.А. ГАМОВА, Н.И. СТЕПАНЕНКО (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Персистирующие инфекции довольно широко распространены в настоящее время, однако до сих пор их последствия для будущего здоровья детей детскими врачами явно недооцениваются. Чаще всего они развиваются при инфицировании детей гельминтами. По данным Всемирной Организации Здравоохранения проблема глистных инвазий вышла на третье место после СПИДА и онкологических заболеваний. Дети грудного и дошкольного возраста особенно восприимчивы к глистным инвазиям, поскольку у них еще несовершенны защитные барьеры. За счет расширения своей двигательной активности, в возрасте 1,5-4 лет вероятность заражения детей паразитами может достигать почти 100%. В последнее время усилился интерес к вопросу

о значении гельминтов в этиологии ряда заболеваний, в том числе и со стороны ЛОР-органов. Гельминтозы относятся к тем заболеваниям, которые трудно диагностировать. Поэтому важно знать клиническую картину данных заболеваний, чтобы иметь возможность назначать углубленное обследование или эффективную терапию по совокупности косвенных признаков, даже не имея прямых доказательств наличия паразитов. С целью оценить клиническую картину при гельминтах нами, детскими отоларингологами КРУ «ДКБ». проанализированы жалобы, анамнез и результаты осмотра 150 детей, у которых были обнаружены острицы (67 детей – 45%), аскариды (53 детей – 35%), токсокары (23 ребенка – 15%), лямблии (7 детей – 5%). Среди детей было 67 мальчиков, 83 девочки. Преобладали дети младшего дошкольного возраста (от одного до трех лет), их количество составило 63%. У 150 детей с доказанными инвазиями отмечались следующие клинические проявления: у 107 детей (71,3%) были аллергические проблемы: затруднение носового дыхания, ринит, диатез, атопический дерматит, нейродермит – у 99 (66%), из них у 18 эти проблемы носили периодический характер, у двух детей, кроме затруднения носового дыхания, ринита, кожных высыпаний, отмечались конъюнктивиты; у десяти (6,7%) отмечалась доказанная пищевая аллергия на какие-то продукты с высоким уровнем специфических IgE в сыворотке крови; у 72 детей (48%) кашель, 11 детей (7%) одышка, 21 ребенка (14%) обструктивный синдром. У 29 детей (19,3%) отмечались признаки снижения иммунитета: часто или длительно болеющие дети (по общепринятой классификации Monto J. et al., 87) – 18 детей (12%); рецидивирующие риносинуситы, экссудативные отиты, отмечались у 13 детей (8,7%); кариес зубов – у шести (4%); рецидивирующие гнойные заболевания кожи – у трех (2%). У 113 детей (75,3%) отмечались нарушения функции желудочно-кишечного тракта. У 66 детей (44%) отмечались нарушения аппетита. Бруксизм (скрежетание зубами) – симптом, который часто связывается с глистными инвазиями, но фактически является неспецифическим признаком интоксикации центральной нервной системы и может сопровождать любые хронические интоксикации – отмечался у 25 детей (16,7%). Нарушения ночного сна отмечались у 81 ребенка (54%). У 15 детей (10%) имелись результаты исследования иммунного статуса по крови: у 13 детей было снижено количество Т-клеток; у всех 15 детей было снижено количество Т-хелперов, причем у шести из них – существенно; у 12 детей было снижено хелперно-супрессорное соотношение; у семи детей отмечалось снижение уровня IgA (секреторный иммуноглобулин), в том числе у трех – существенное, у остальных же восьми детей уровень IgA в сыворотке крови был либо нормальным, либо повышенным; у шести детей отмечалось снижение количества лимфоцитов, в том числе у одного ребенка была выраженная лимфо- и нейтропения. Эти результаты подтверждают известные данные о том, что аскариды и острицы угнетающе влияют на функции иммунитета, а также что у людей с ослабленным иммунитетом большая вероятность появления гельминтоза. У большинства детей отмечалось более одного симптома. Подход к лечению гельминтозов был комплексным, с учетом всех звеньев патогенеза заболевания. В комплекс терапии помимо антигельминтных препаратов включались антигистаминные средства, пробиотики, витаминные комплексы, энтеросорбенты, местное лечение. Соответственно оценивались результаты всего лечения, а также катамнез в течение шести месяцев после терапии. В большинстве случаев улучшение наступало быстро в процессе лечения. У 107 детей только после антигельминтной терапии существенно уменьшились или полностью исчезли аллергические проявления, восстановилось носовое дыхание, прекратились выделения из полости носа, нормализовалась работа ЖКТ. Это подтверждает то, что симптомы были вызваны наличием гельминтов, у 26 детей эффект был неполным и после окончания лечения; у 11 детей эффект от терапии оказался нестойким, поскольку возникли рецидивы после окончания лечения; у 6 детей эффекта от терапии не было.

Согласно нашим исследованиям, паразитозы ведут к учащению острых респираторных и инфекционных заболеваний, удлинению и утяжелению их течения, так же к обострению хронических заболеваний, оказывая многоплановое воздействие на организм ребенка. К сожалению, в настоящее время существуют большие трудности диагностики глистных инвазий. Сами глисты в кале бывают крайне редко, а чтобы обнаружить их яйца, нужно совпадение ряда условий. Появившиеся в последнее время анализы, основанные на определении антител к паразитам в крови, тоже не являются абсолютно достоверными. В связи, с чем детские отоларингологи при лечении детей с рецидивирующим течением заболевания всегда должны помнить о возможности глистной инвазии лежащей в основе каскада клинической симптоматики.

© *М.А. Золотарева, Л.В. Гуляева, А.А. Бондаренко, А.М. Михальченко, Т.И. Коровайко, С.М. Подуздикова, Н.А. Гамова, Н.И. Степаненко, 2011*

М.А. ЗОЛОТАРЕВА, Л.В. ГУЛЯЕВА, А.А. БОНДАРЕНКО, Т.И. КОРОВАЙКО, А.М. МИХАЛЬЧЕНКО, Т.Н. ЛЕБЕДЕВА (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Здравоохранение Украины в последние годы большое внимание уделяет разработке рациональной тактике обследования и лечения больных, имеющих сочетанную патологию. Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является одной из актуальных проблем педиатрии. Это связано с ее широкой распространенностью, в том числе и среди детей, разнообразием клинических проявлений (включая большое число «внепищеводных» жалоб, порой затрудняющих своевременную постановку диагноза заболевания), возможностью развития серьезных осложнений (в частности, синдрома Баррета), необходимостью длительного медикаментозного лечения. Частота возникновения ГЭРБ у детей колеблется, по данным разных авторов до 49%. Согласно современной классификации ВОЗ, ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или желудочно-кишечного содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и функциональных нарушений. ГЭРБ как самостоятельная нозологическая единица официально получила признание в октябре 1997 года (Генваль, Бельгия).

Нами обследовано 235 больных, находящихся на стационарном лечении в КРУ «ДКБ» с ГЭРБ, из них 57 (24,6%) с внепищеводными проявлениями. Синдром non-cardiac chest pain выявлен у 22 (38,6%), оториноларингологическая патология – у 14 (24,6%), бронхиальная астма – у 12 (21,1%), дентальные эрозии – у 6 (10,5%), globus sensation – у 3 (5,2%) пациентов с различной степенью тяжести рефлюксзофагита (РЭ) [Los Angeles classification]. Превалирование в детском возрасте внепищеводных симптомов со стороны бронхолегочной системы и ЛОР-органов связано с прямым контактом слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей с желудочным или желудочно-кишечным содержимым вследствие заброса его выше верхнего пищеводного сфинктера, то есть экстраэзофагеального/фаринголарингеального рефлюкса. В своей работе мы отметили, что во время манифестации ГЭРБ частота заболеваний ЛОР-органов максимальная, а в последующий за манифестацией ГЭРБ период она достоверно выше, чем до болезни. Таким образом, развитие ГЭРБ способствует нарастанию встречаемости заболеваний ЛОР-органов, большинство из которых имеют хроническое течение. С другой стороны, хронические заболевания гортани и глотки могут приводить к нарушению пищеводного клиренса, что способствует формированию ГЭРБ или вносит в ее течение особенности.

Постановка диагноза ГЭРБ нами основывалась на совокупности диагностических критериев: клинических, эндоскопических, гистологических, pH-мониторинга, рентгенологических, манометрических, ультразвуковых. Мы обращали внимание на жалобы на дисфагию, ощущение кома за грудиной, одинофагию (боль при прохождении пищи по пищеводу). Отмечали наличие у детей симптома «мокрого пятна» — появление на подушке после сна белесоватого пятна. Его аналогом было и ощущение повышенного количества жидкости во рту, обусловленное эзофагослюнным рефлексом. К самым характерным симптомам относились диспепсические расстройства – изжога, тошнота, звучная отрыжка, рвота, икота, затруднение глотания. К ГЭР-ассоциированным респираторным нарушениям мы относили симптомы: «верхние» – ночной кашель, вызывающий апноэ, стридор, ларингит, ринофарингит, рецидивирующие средние отиты и «нижние» – (синдром бронхиальной обструкции, бронхиальная астма). Кроме того, имели место кардиальные боли, кариес, периодонтит, афтозный стоматит. Респираторные нарушения, в том числе и развитие приступа бронхиальной астмы, возникающие на фоне ГЭРБ, связаны с двумя механизмами: прямым, с развитием механической окклюзии просвета трахеобронхиального дерева аспирационным материалом; и непрямым (невральным или механическим) в результате стимуляции вагусных рецепторов дистальной части пищевода с развитием дискринии, отека и бронхоспазма. У детей, особенно раннего возраста, мы регистрировали и физиологический ГЭР. Развитие, которого обусловлено физиологическими особенностями сфинктерного и клапанного аппарата кардии и механизмами нейрогуморальной регуляции. Данная симптоматика у детей первых месяцев жизни не имела клинических последствий

и проходила спонтанно. Однако в основе первичной несостоятельности антирефлюксных механизмов у детей раннего возраста могут лежать и нарушения регуляции деятельности пищевода со стороны вегетативной нервной системы, обусловленные гипоксией головного мозга новорожденного.

С диагностической целью все пациенты были осмотрены отоларингологом, гастроэнтерологом, челюстно-лицевым хирургом, пульмонологом. Отоларинголог при обследовании проводил прямую и непрямую ларингоскопию, стробоскопию, переднюю, заднюю риноскопию, отоскопию, а так же рентгенографию околоносовых пазух, сосцевидных отростков, аудиометрию. Так как «золотым стандартом» диагностики рефлюкс-эзофагита на современном этапе является эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, которая позволяет выявить эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки пищевода в обязательный диагностический перечень входили эндоскопические исследования ЖКТ, суточная pH-метрия и манометрия пищевода (сочетание этих методов позволяет оценить состоятельность нижнего пищеводного сфинктера у пациента по продолжительности кислой и щелочной фазы в положении стоя и лежа, давление в области пищеводно-желудочного перехода), холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Также в диагностике ГЭР у детей в последние годы в нашей клинике большую ценность представляют радиоизотопные и рентгенофункциональные исследования, которые включают водно-сифонную пробу или нагрузку с газообразующей смесью.

Проведенный нами мониторинг больных, находящихся на лечении в КРУ «ДКБ» указал на существующую взаимосвязь между тяжестью заболеваний респираторного тракта и степенью поражения слизистой пищевода (различия статистически достоверные, $p<0,05$). Гастроэзофагеальный рефлюкс является одной из причин рецидивирующего течения патологии околоносовых пазух, глотки, гортани и уха у детей и подростков.

В заключение хотелось бы отметить, что до сих пор окончательно не разработана этиопатогененетическая терапия функциональных нарушений ЖКТ, которая позволила бы устранить причину патологического процесса и привести к полному излечиванию больного. Используемый нами диагностический алгоритм обеспечивает своевременность установления диагноза, что в свою очередь позволяет провести симптоматическое противорецидивное лечение, дающее длительный терапевтический эффект.

Таким образом, ГЭРБ является частой причиной заболеваний верхних дыхательных путей у детей, в силу физиологических особенностей сфинктерного и клапанного аппарата кардии и механизмов нейрогуморальной регуляции, которое приводит к существенному снижению качества жизни больных. ГЭРБ приобрела актуальность не только для гастроэнтерологов, а и для врачей других специальностей. Ведущим патогенетическим механизмом принято считать воздействие кислым рефлюктантом на слизистую ВДП. В связи, с чем обязательным компонентом комплексного лечения рефлюкс-индуцированной патологии ЛОР-органов является антирефлюксная терапия.

© *М.А. Золотарева, Л.В. Гуляева, А.А. Бондаренко, Т.И. Коровайко, А.М. Михальченко, Т.Н. Лебедева, 2011*

И.А. ИВАШИН, В.В. ПОЛКАНОВА, Н.М. ДРОЗИНА (СЕВАСТОПОЛЬ, УКРАИНА)

РИНОХИРУРГИЯ И ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Патологические состояния полости носа и заболевания слуховой трубы находятся в тесной причинно-следственной связи.

Нами наблюдалось 84 человека больных, у которых основной жалобой было снижение слуха на одно или оба уха. Из них мужчин – 53, женщин – 31, в возрасте от 14 до 60 лет. Причины затрудненного носового дыхания, при передней микроринoскопии были выявлены следующие: искривление носовой перегородки – 40 (48%), гипертрофия носовых раковин – 15 (17%), полипы – 10 (12%), аденоиды – 4 (4,8%), хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух – 15 (17%).

Из 40 больных с установленным диагнозом искривление носовой перегородки типичная септум-операция произведена у 20. Оперативное вмешательство производилось под контролем операционного микроскопа и оптической эндоскопии.

У 13 больных с наличием шипов или гребней на стороне больного уха произведена щадящая резекция указанных образований.

7 больных с умеренной степенью нарушения носового дыхания отказались от опе-

ративного вмешательства в полости носа. Им, под эндоскопическим контролем, в слуховую трубу на стороне больного уха, через глоточное отверстие введена тонкая полиэтиленовая трубка. В дальнейшем проводилась консервативная терапия.

Больных с диагнозом гипертрофия носовых раковин наблюдалось – 15.

Им произведены следующие оперативные вмешательства: Резекция гипертрофированных участков слизистой оболочки с последующей латеропозицией нижних носовых раковин. Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, в вариантах: механическая деструкция, ультразвуковая деструкция, то же – с применением радионожа – 8, из них перечисленные вмешательства дополнялись смещением нижних носовых раковин к латеральной стенке нижнего носового хода – 6.

Хронический двусторонний полипозный этмоидит – 10 больных. У 6 больных произведена полипэтмоидотомия с применением шейвера. У 4 больных то же вмешательство дополнено микрогайморотомией, на стороне больного уха. У этих больных по ходу работы в области остиомеатального угла, вскрыта верхнечелюстная пазуха и обнаружено наличие полипозный ткани в просвете пазухи.

Больные с хронической патологией верхнечелюстных пазух – 15 человек.

У 5 больных удалось санировать патологический процесс в ВЧП путем коррекции структур остиомеатального комплекса и создания соустья с пазухой в среднем носовом ходе. 10 больным произведена микрогайморотомия, из них у 4 с обеих сторон и у 6 – с одной стороны. Во всех случаях производилась ревизия ОМК и при необходимости хирургическая коррекция в этой области.

Оперативное восстановление носового дыхания и санация хронического воспалительного процесса в полости носа привело к стойкому улучшению слуха у 43 больных (50%). С целью улучшения слуха у оставшейся группе больных проводились различные способы консервативной терапии, направленные на улучшение функции слуховой трубы. Основным способом лечения было продленное дренирование слуховых труб, с целью местного введения лекарственных растворов. Восстановление функции слуховых труб было достигнуто у 78% больных.

© *И.А. Ивашин, В.В. Полканова, Н.М. Дрозина, 2011*

Р.Д. КАРАЛ-ОГЛЫ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГОРЛОСПАС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ

В настоящее время вновь вырос интерес к препаратам из морской воды. Одним из эффективных лечебных препаратов этой группы является спрей «Горлоспас». В состав «Горлоспаса» входит: морская вода, хлоргексидин, коллоидное серебро, эфирное масло эвкалипта, экстракт календулы и шалфея, перечная мята и касторовое масло.

Препарат «Горлоспас» характеризуется выраженным антимикробным, противовоспалительным и местным обезболивающим эффектом, благодаря чему и интенсивно купирует воспалительные процессы на слизистой оболочке ротовой части глотки. На высокие результаты препарата «Горлоспас» в комплексном лечении воспалительных заболеваний носовой части глотки указывают ряд авторов: С.Б. Безшапочный, В.В. Кищук, К.Г. Селезнёв и соавторы (2010).

Спрей «Горлоспас» нами использовался в послеоперационном периоде после криовоздействия и электрокаустике. Под нашим наблюдением находилось 42 больных (хроническим гипертрофическим фарингитом – 15, хроническим гранулезным фарингитом – 10, хроническим тонзиллитом – 10), которым произведено криовоздействие слизистой задней стенки глотки и криотонзиллотомия). А 7 больным хроническим тонзиллитом произведена электрокаустика миндалин. Всем больным рекомендовалось в течение 3-4 дней принимать тёплую и жидкую пищу, а спрей «Горлоспас» использовали ежедневно методом орошения ротовой полости в дневное время 4 раза по 1-2 дозы в течение 7 дней. Кроме препарата «Горлоспас» больные получали Лоратадин по 1 т. 1 раз в день (ближе к вечеру – 5 дней), а также местно «Биоптрон Про» (5 сеансов). Эффективность лечения оценивалась на основании изучения жалоб больных, данных объективного исследования. Все больные такое лечение перенесли вполне удовлетворительно. Не было отмечено

ни одного случая индивидуальной непереносимости спрея «Горлоспас».

Наши наблюдения позволяют заключить, что комбинированное лечение (с применением препарата «Горлоспас») больных хроническим тонзиллитом, хроническим гипертрофическим и гранулезным фарингитом в поликлинических условиях оказалось достаточно эффективным.

© *Р.Д. Карал-оглы, 2011*

С.А. КАРПІЩЕНКО, О.Є. ВЕРЕЩАГІНА (САНКТ-ПЕТЕБУРГ, РОСІЯ)

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЇ В ЛАРИНГОЛОГІЇ

В настоящее время вновь вырос интерес к препЕндоскопія в ларингології на сучасному рівні допомагає вирішити більшість діагностичних завдань, але при цьому відрізняється цілою низкою особливостей, які пов`язані зі складною топографічною анатомією гортані, а також з багатогранністю її функцій, рефлексогенністю і високою рухливістю органу. Ці умови потребують використання і розробки все більш складних ендоскопічних засобів і методів для вирішення діагностичних задач при різних патологічних станах гортані та трахеї. Найбільшої інформаційної цінності вдається досягти шляхом застосування різних методів ендоскопії та комплексного аналізу їх результатів.

Непряма ларингоскопія, завдяки простоті та доступності огляду гортаноглотки і гортані, отримала широке застосування та є основним методом обстеження, в тому числі і на амбулаторному етапі. Але за допомогою цього методу не завжди можливо отримати адекватну уяву про характер патологічного процесу, а деякі відділи гортаноглотки і гортані залишаються недоступними для огляду. На відміну від непрямої ларингоскопії, фіброларингоскопія може бути виконана у значної більшості хворих. Стають доступними для огляду практично всі відділи гортані, які часто не видно при непрямій ларингоскопії. Важливим є можливість огляду гортані в фізіологічному її положенні. Пацієнт під час обстеження знаходиться в контакті з лікарем, може активно відповідати на запитання. Як і любий метод дослідження, фіброларінгоскопія має деякі обмеження та недоліки. Низьке розрішення картинки ускладнює диференційну діагностику малих процесів; часто неможливо зробити повноцінний огляд валекул та морганієвих карманів, маємо проблеми під час оцінки пасивної рухливості перстнечерпаловидних суглобів; при проходженні в підскладковий простір ендоскоп звужує дихальний шлях у хворих зі стенозами; картинка не фіксується як при ригідній ендоскопії, зменшуючи можливість маніпуляцій.

На кафедрі оториноларингології СПбДМУ ім. акад. І.П. Павлова на протязі багатьох років фіброларингоскопія проводиться у пацієнтів з різними захворюваннями та зібраний великий досвід в цій області. Крім звичайного огляду в процесі фонації, спокійного та форсованого дихання, для оцінки важких для огляду анатомічних областей гортані та гортаноглотки ми застосовуємо ряд тестів, частина яких проводиться по результатам відеозапису, а деякі під час функціональних проб або шляхом зміщення м'яких тканин шиї зовні. Наприклад, для огляду гортанних шлуночків дистальний кінець ендоскопу підводимо безпосередньо до гортанного шлуночка, а потім зажимаємо хворому ніс пальцями і просимо його зробити форсований видих через ніс. Під час проведення цієї проби підвищується тиск в середині гортані, що приводить до розправлення гортанних шлуночків і дозволяє провести повноцінний їх огляд. В деяких випадках за допомогою фіброларинготрахеоскопії вдається виявити патологічні процеси в підскладковому відділі гортані і в трахеї, оцінити розміщення трахеостомічної трубки. Трахеостомічний канал дає виключну можливість огляду гортані знизу. Це дозволяє оцінити підскладковий простір, початковий відділ трахеї, нижню поверхню голосових складок на предмет грануляційних розростань над трахеостомічною трубкою, що може завадити деканюляції хворих. При прямій ларингоскопії, як і при дзеркальній, деякі відділи гортані (гортанні шлуночки, передня комісура, підкомісуральна область та бокові стінки підскладкового простору) можуть залишатися недоступними для огляду. «Сліпі зони» гортані оцінюються візуально за допомогою світловолоконного ендоскопу з боковим кутом зору, що забезпечує детальний огляд дна гортанного шлуночка, підскладкового простору, трахеї. Комплексне ендоскопічне обстеження несе в першу чергу, діагностичні задачі, а пряма мікроларингоскопія, як заключний етап огляду, одночасно служить хірургічним доступом. Таким чином, всі попередні методики огляду (непряма ларингоскопія, фіброларинго-

скопія) забезпечують хірурга максимально можливою повнотою ендоскопічної діагностичної інформації і є обов`язковими етапами огляду хворих ларингологічного профілю.

© *С.А. Карпіщенко, О.Є. Верещагіна, 2011*

С.А. КАРПИЩЕНКО, О.И. ДОЛГОВ (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ХОРДАРИТЕНОИДЭКТОМИИ

В течение 18 лет на кафедре оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова для лечения хронических паралитических стенозов гортани используется метод лазерной хирургии в условиях опорной микроларингоскопии, с применением высокочастотной искусственной вентиляцией легких (ВЧИВЛ).

С 1992 по 2010 годы, с целью улучшения дыхательной функции мы произвели 139 лазерных вмешательств. Хордэктомия выполнялась в 9 случаях, аритеноидэктомия в 13 случаях, хордаритеноидэктомия в 117 случаях (в том числе у 11 пациентов повторно с противоположной стороны). Из 106 пациентов, которым выполнялась хордаритеноидэктомия, основной удельный вес составили женщины – 104 (98,1%) человека, мужчин – 2 (1,9%) человека, в возрасте от 34 до 74 лет.

Методика оперативного вмешательства подразумевает удаление задней трети голосовой складки, и голосового отростка черпаловидного хряща.

Наш опыт показал нецелесообразность проведения максимально широкой резекции, так как это влечет за собой чрезмерное реактивное воспаление, не давая преимуществ в отдаленном периоде.

Было отмечено, что варианты проведения хордаритеноидэктомий с дополнительной надсечкой тканей на уровне резецированного голосового отростка черпаловдиного хряща, иногда приводят к смещению передних и средних отделов оперированной голосовой складки к средней линии, уменьшая площадь дыхательной щели.

Из 117 проведенных хордаритеноидэктомий, 11-ти пациентам выполнялась повторная операция с противоположной стороны со средним интервалом 8 месяцев, в связи с недостаточно сформировавшимся просветом голосовой щели. Причинами повторных оперативных вмешательств явились: рубцовый мостик в межчерпаловидном пространстве, увеличение веса пациента, присоединение соматической патологии, формирование грануляций воспалительного характера в межчерпаловидной области, недостаточная латерализация резецированной складки.

Во избежание появления рубцовых изменений в области межчерпаловидного пространства следует избегать перехода лазерного волокна, при отсечении голосового отростка черпаловидного хряща, за среднюю линию. По этой же причине недопустимо проведение одномоментного двухстороннего лазерного вмешательства на голосовых складках. Крайне важна антирефлюксная терапия в послеоперационном периоде. Не следует спешить с деканюляцией пациента, в связи с тем, что основные воспалительные реакции в гортани возникают, в среднем, на пятые сутки после операции, что может ухудшить дыхание.

Метод высокочастотной искусственной вентиляции легких позволяет обеспечить наиболее полный обзор в зоне хирургического вмешательства, дает возможность оценить подвижность перстне-черпаловидного сустава, исключает повреждение катетера при использовании высокоэнергетического лазера. При затруднительной интубации у пациентов с двухсторонним паралитическим стенозом гортани, масочная вентиляция часто бывает неэффективна, создавая риск развития гипоксии. Трахеопункция, выполняемая в условиях местной анестезии, исключает период апноэ.

Кафедрой оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова накоплен многолетний опыт лазерных хирургических вмешательств в лечении хронических паралитических стенозов гортани. Проведенный анализ позволил пересмотреть некоторые ранее используемые варианты лазерных хордаритеноидэктомий, позволяя добиться более хороших отдаленных результатов, минимизировав при этом возможные нежелательные осложнения.

© *С.А. Карпищенко, О.И. Долгов, 2011*

С.А. КАРПИЩЕНКО, Г.В. ЛАВРЕНОВА, Л.Р. КУЧЕРОВА, А.Е. ВЕРТОГОЛОВ
(САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ РИНОСИНУСОТУБАРНОЙ ЗОНЫ

Практикующие врачи все чаще сталкиваются с сочетанными заболеваниями носа, околоносовых пазух и слуховой трубы. Воспаление риносинусотубарной зоны снижает качество жизни и относится к состояниям, которые требуют комплексной диагностики и лечению. Воспаление развивается на фоне нарушения мукоцилиарно – протекторной системы и включает снижение местного иммунитета, бактериальную обсемененность, изменения реологических свойств носового секрета.

Цель исследования: разработать алгоритм диагностики и лечения сочетанных заболеваний слуховой трубы и околоносовых пазух.

Материалы и методы: обследовано 83 больных с сочетанным синуситом и тубоотитом в возрасте от 18 до 55 лет. Из них 56 женщин и 27 мужчин. С острым тубоотитом и синуситом – 63,7%, у 36,3% больных сочетанные заболевания этой области повторялись 2-3 раза в течение года. У пациентов с сочетанной патологией чаще имело место одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи. Пациенты разделены на группы: I группа (27 больных) – основные жалобы – симптомы острого тубоотита; II группа (56 больных) – первичными были симптомы острого синусита; контрольная группа (12 больных) получала общепринятое лечение. Помимо общеклинического исследования, проводили эндовидеоскопию носоглотки, Rg и КТ ОНП, отдавая предпочтение трехмерному изображению, позволяющему оценивать и состояние слуховой трубы. Для оценки кондуктивного компонента тугоухости, проводилась тональная аудиометрия и импедансобарометрия до- и в процессе лечения. Учитывалась нормализация камертонального исследования слуха, восстановление тонального слуха при проведении тональной пороговой аудиометрии. Отмечено запаздывание нормализации тимпанометрических показателей. Результаты сурдологического обследования: нарушение проходимости слуховых труб в 92% случаев; тимпанограмма тип В выявлена в 23,7% больных; тимпанограмма тип С обнаружена 8,7% больных; у 78% больных выявлена незначительная тугоухость, у 10% – кондуктивная тугоухость 1-2 степени, у 12% – смешанная тугоухость 2-3 степени с преобладанием кондуктивного компонента. В начале заболевания у большинства регистрировалась тимпанограмма типа С и уплощенные тимпанограммы типа В. Благодаря мукомодификаторам улучшалась дренажная функция слуховой трубы, объективно уменьшалась заложенность уха. В результате лечения восстанавливалась проходимость слуховой трубы, что подтверждалось регистрацией тимпанограмм типа А. Функция слуховой трубы и тимпанометрическая картина восстанавливались значительно позднее санации околоносовых пазух. Нами разработана схема лечения, в которой препараты распределены на классы: Средства, регулирующие образование и состав носового секрета (мукомодификаторы); Средства, обладающие противоотечным и мочегонным действием; Средства, санирующие полость носа; Средства, повышающие иммунитет слизистых оболочек. Иммуномодулирующий препарат (Ронколейкин) вводили в околоносовые пазухи и непосредственно на слизистую оболочку слуховой трубы (под контролем эндоскопа). Больные, получавшие комплексное лечение на 2-3 сутки отмечали значительный регресс заболевания. Исчезал отек слизистой оболочки носа, уменьшалось количество отделяемого из носа и пазух, исчезала аутофония и уменьшалось чувство заложенности в ушах.

Вывод. Больным с воспалением риносинусотубарной зоны необходимо исследования околоносовых пазух (трехмерное КТ ОНП) и аудиологическое исследование. Применение элиминационных, иммунных препаратов и мукомодификаторов позволяют эффективно справляться с острыми гнойными синуситами, осложненными тубоотитами без антибактериальных средств.

© *С.А. Карпищенко, Г.В. Лавренова, Л.Р. Кучерова, А.Е. Вертоголов, 2011*

С.А. КАРПИЩЕНКО, М.А. РЯБОВА, М.Ю. УЛУПОВ, Е.В. БЕРЕЗКИНА
(САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ГОРТАНИ

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – относительно новый метод лечения в онкологии, основанный на взаимодействии света и светочувствительного вещества (фотосенсибилизатора), предварительно введенного в опухоль. К преимуществам фотодинамической терапии относят: отсутствие резистентности при многократном повторении, селективность действия (фотосенсибилизатор селективно накапливается в опухолевой ткани) и, как следствие, хорошие функциональные результаты лечения. Несмотря на то, что в литературе описано множество случаев успешного применения фотодинамической терапии в качестве единственного метода радикального лечения начальных стадий рака головы и шеи, нам кажется более целесообразным сочетать фотодинамическую терапию с традиционной или эндоскопической лазерной хирургией у этой категории больных. Адъювантная фотодинамическая терапия может проводиться как интрооперационно, так и спустя 2-3 недели после операции. Целью ее в таком случае является уничтожение единичных раковых клеток, которые потенциально могут остаться в крае резекции. При этом важно минимизировать повреждение здоровых тканей, чтобы не нарушить процесс заживления послеоперационной раны и не ухудшить функциональный результат операции. Преимущественное накопление фотосенсибилизатора в опухолевых клетках позволяет подобрать такой режим облучения, при котором здоровые ткани повреждаются минимально.

Сочетание эндоларингеальной лазерной резекции опухоли с фотодинамической терапией было использовано нами при лечении 6 больных с раком гортани T2N0M0. В 5 случаях фотодинамическая терапия проводилась интрооперационно, в одном – спустя 3 недели после операции. В качестве фотосенсибилизаторов использовались препараты второго поколения из группы хлоринов (Радахлорин®, Фотодитазин®). Послеоперационная рана облучалась дистантно лазером с длиной волны 662 нм в условиях общей анестезии при прямой ларингоскопии. Доза света составляла от 200 до 300 Дж/см^2. Реактивные воспалительные явления и боль в послеоперационном периоде были несколько сильнее, чем после обычной лазерной резекции гортани. Ни в одном из случаев не наблюдалось затруднения дыхания, связанного с реактивным отеком гортани (все больные были оперированы без предварительного наложения трахеостомы). Сроки заживления послеоперационной раны не отличались от таковых при использовании только лазерной хирургии. В 5 случаях была достигнута ремиссия (сроки наблюдения от 1 месяца до 5 лет) с хорошим функциональным результатом. У одного пациента интрооперационно стадия опухоли была изменена с T2 на T4 из-за распространения процесса на переднюю комиссуру (вплоть до щитовидного хряща) и преднадгортанниковое пространство. В послеоперационном периоде у него наблюдался продолженный рост опухоли, который, вероятно, связан с неполной резекцией опухоли и недоступностью этой зоны для облучения в процессе фотодинамической терапии.

Выводы:

1. Сочетание ФДТ с лазерной эндоларингеальной резекцией в лечении ранних стадий рака гортани не приводит к значимому ухудшению течения послеоперационного периода и не удлиняет сроки эпителизации послеоперационной раны.
2. Для оценки онкологических результатов такого варианта комбинированной терапии необходимо большее количество наблюдений.

© *С.А. Карпищенко, М.А. Рябова, М.Ю. Улупов, Е.В. Березкина, 2011*

С.А. КАРПИЩЕНКО, М.А. РЯБОВА, Н.А. ШУМИЛОВА (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 810 И 970 НМ

В связи с развитием лазерной медицины и разработкой медицинских лазерных аппаратов с новыми длинами волн представляет интерес проведение исследований по изучению их биологических эффектов и разработке рекомендаций по выбору оптимальных режимов воздействия.

Цель работы – провести сравнительный анализ биологических эффектов лазерного излучения с длиной волны 810 нм и 970 нм на основании экспериментальных и клинических исследований.

Проведено изучение биологических эффектов полупроводниковых лазеров с длиной волны 810 нм и 970 нм в контактном режиме при мощности 3, 5, 7 и 9 Вт на удаленных полипах полости носа, печени крупного рогатого скота, мышечной ткани курицы, удаленном хрящe перегородки носа. Выполнялся линейный разрез для оценки абляции и коагуляции, а также производилось точечное воздействие на образец биологической ткани в течение 5 секунд с целью оценки степени вапоризации путем взвешивания образцов биологической ткани до и после выполнения воздействия. Стандартизация скорости воздействия осуществлялась посредством подвижной равномерно двигающейся ленты самописца. Измерение ширины зоны абляции и ширины боковой зоны коагуляции осуществлялось в условиях микроскопии с помощью окуляр-микрометра.

В клинической части исследования с использованием лазерного излучения с длиной волны 970 нм выполнены: удаление ринофимы (1 пациент), увулопалатопластика (3 пациента), удаление кист небных миндалин (2 пациента), полипотомия носа (2 пациента), удаление новообразований кожи (2 пациента), глотки (1 пациент), голосовой складки (1 пациент). Оценивались качество разреза, эффективность гемостаза во время нанесения лазерного воздействия, выраженность постоперационных воспалительных изменений, а также сроки заживления лазерных ран.

Воздействие лазерного излучения с длиной волны 970 нм, по сравнению с воздействием лазера с длиной волны 810 нм, характеризовалось формированием сравнимой зоны абляции и более значимой боковой зоны коагуляции (на 45% больше) на всех образцах биологической ткани. Более значимая потеря веса образцом биологической ткани, свидетельствующая о более интенсивной вапоризации, определялась при воздействии лазерного излучения с длиной волны 970 нм – на 26% больше по сравнению с действием лазерного излучения длиной волны 810 нм.

При выполнении оперативных вмешательств с использованием лазерного излучения с длиной волны 970 нм, по сравнению с лазерным излучением длиной волны 810 нм эквивалентной мощности, отмечен более выраженный гемостатический эффект, что позволило при воздействии на обильно кровоснабжаемые биологические ткани (в частности, ткани мягкого неба) одномоментно при нанесении разреза обеспечить надежный гемостаз. Однако при воздействии лазерным излучением с длиной волны 970 нм на биологические ткани, характеризующиеся низким содержанием воды (кожа, голосовые складки), в связи с более выраженными коагуляционными свойствами отмечено относительное замедление заживления лазерной раны в сравнении с аналогичным воздействием, выполненным лазером с длиной волны 810 нм.

На основании результатов проведенных экспериментальных и клинических исследований установлено, что лазерное излучение с длиной волны 970 нм, в сравнении с лазерным излучением длиной волны 810 нм, приводит к формированию более выраженной боковой зоны коагуляции, обеспечивающей клинически более выраженные гемостатические свойства. В связи с этим, лазерное излучение с длиной волны 970 нм имеет преимущества при воздействии на биологические ткани с обильным кровоснабжением. Формирование относительно более широкой боковой зоны повреждения биологической ткани при воздействии лазерным излучением с длиной волны 970 нм на биологические ткани, характеризующиеся низким содержанием воды (кожа, голосовые складки), приводит к относительному удлинению сроков заживления лазерной раны в сравнении с аналогичным воздействием, выполненным лазерным излучением с длиной волны 810 нм.

© *С.А. Карпищенко, М.А. Рябова, Н.А. Шумилова, 2011*

В.В. КИЗИМ, С.К. БОЕНКО, Е.А. ЮРЕНКО (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

МЕТААНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) является вариантом внепищеводного проявления гастроэзофагальной рефлюксной болезни ((ГЭРБ), который оказывает повреждающее действие на гортань и глотку (T. Sataloff 2004). ЛФР проявляется различными клиническими состояниями гортани и глотки, включая дисфонию, ларингит Рейнке, хронические фарингиты, ла-

рингоспазмы, повреждение слизистой оболочки задних отделов гортани, гранулемы гортани. На сегодняшний день pH-мониторирование в пищеводе и глотке – «золотой стандарт» диагностики ЛФР. Перспективными методами диагностики являются определение угольной ангидразы в биоптате слизистой оболочки гортани и пепсина в слюне пациента.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических и морфологических проявлений ЛФР в ларингологической практике, а так же совершенствование методов диагностики.

Материалы и методы. В 2006-2010 гг. в ЛОР-клинике ИНВХ мы наблюдали 184 пациента с воспалительными заболеваниями и новообразованиями гортани на фоне ЛФР. Женщин было – 43 (23,4%), мужчин – 141 (76,6%). Возраст больных варьировал от 21 до 74 лет, в среднем составляя 42 года. Всем больным проводилось стандартное исследование ЛОР-органов, непрямая и, по показаниям, прямая ларингоскопия, фиброларинго-гастро-дуоденоэзофагоскопия, pH-мониторирование пищевода и глотки. Учитывались клинические проявления ЛФР, а также характер и локализация патологических проявлений в гортани, проводилось морфологическое исследование операционного материала.

Результаты и их обсуждение. ЛФР у 91 (49,4%) пациента проявлялся в виде постоянного кашля, у 61 (33,1%) − дисфагией, у 128 (69,6%) – дисфонией различной степени выраженности. Чаще всего наблюдались гиперемия и отек слизистой оболочки межчерпаловидного пространства – 89 (48,3%) больных, стойкая гиперемия слизистой оболочки складкового отдела у 47 (25,5%), ларингит Рейнке – у 19 (10,3%), лейкоплакия – у 16 (8,7%), лейкокератоз – у 11 (5,8%), пахидермии – у 8 (4,3%). Гранулемы были диагностированы у 28 (15,2%) больных. Двусторонняя локализация гранулем была установлена у 3 (10,7%) пациентов, односторонняя – у 25 (89,3%). Левостороння локализация гранулем отмечена у 19 (67,8%) пациентов. Пролиферативные процессы в гортани послужили основанием для оперативных вмешательств у 57 (31,0%). pH-мониторирование пищевода и глотки было произведено 43 прооперированным больным. Полученные результаты оценивались согласно критериям, предложенными DeMeester (1989). Проведение суточной pH-метрии у больных ЛФР выявило существенные различия показателей в дневное и ночное время. Кислые рефлюксы, продолжительностью более 5 минут, фиксировались у 37 (86,0%) пациентов в ночное время. При патогистологическом исследовании операционного материала были получены следующие заключения: хроническое воспаление с различной степенью дисплазии многослойного плоского эпителия было у 18 (31,6%) больных (лёгкой степени – 10 (55,6%); умеренной – 6 (33,3%); тяжёлой – 2 (11,1%). Выраженный кератоз эпителия был выявлен у 7 пациентов (17,5%), из них с акантозом – 3 (42,9%). Кроме того были диагностированы: ангиофиброзные полипы – у 15 (26,3%) оперированных; «грануляционные полипы» – 9 (15,8%); плоскоклеточная папиллома – 5 (8,8%).

Выводы. Ведущей жалобой при ЛФР являлся постоянный кашель. Патоморфологические проявления ЛФР в гортани в основном были представлены хроническим воспалением и ангиофиброзными полипами. pH-мониторирование пищевода и глотки позволяет выявить ЛФР. Диагностика ЛФР требует дальнейшей разработки и внедрения современных методов исследования.

© *В.В. Кизим, С.К. Боенко, Е.А. Юренко, 2011*

В.В. КИЗИМ, С.К. БОЕНКО, Е.А. ЮРЕНКО (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

РН-МОНИТОРИНГ В ДИАГНОСТИКЕ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), который перемещается проксимально, проникая через верхний пищеводный сфинктер в гортаноглотку, называется ларингофарингеальным рефлюксом (ЛФР). По данным F. Farrokhi (2007), из всех пациентов, обратившихся к отоларингологу, у 15% имеются клинические проявления ЛФР. Одним из объективных методов диагностики ЛФР является суточное pH-мониторирование, заключающееся в регистрации кислых рефлюксов в течении суток. Современные приборы позволяют в течение 24 часов контролировать pH в пищеводе и гортаноглотке одновременно. Хотя бы один эпизод снижения pH меньше 4 можно считать достоверным признаком ЛФР. Внепищеводные проявления ЛФР в ларингологической практике могут быть представлены различными патологическими состояниями:

хроническим гиперпластическим ларингитом, гранулемами, доброкачественными новообразованиями гортани.

Целью нашего исследования явился анализ данных суточной pH-метрии у больных с хроническими гиперпластическими ларингитами и гранулемами гортани.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 пациентов (18 мужчин и 11 женщин) с хроническим рецидивирующим гиперластическим ларингитом (n=12) и гранулемами гортани (n=17).

Возраст больных варьировал от 29 до 73 лет, в среднем составляя 42 года. Всем пациентам проводилось стандартное исследование ЛОР органов, непрямая и по показаниям прямая ларингоскопия. Учитывались клинические проявления ЛФР, а также характер и локализация патологических изменений в гортани, проводилось морфологическое исследование операционного материала. Выполнялось внутрипищеводное pH-мониторирование в режиме регистрации 1 измерение в 2 секунды. С этой целью использовалась компьютерная система «Ацидогастрограф «АГ-1pH-М».

Результаты и их обсуждение. При ларингоскопии полипозное изменение голосовых складок (ларингит Рейнке) было выявлено у 5 (41,7%) больных, лейкоплакия – у 2 (16,7%), лейкокератоз – у 4 (33,3%), пахидермии – у одного (8,3%) пациента. Гранулемы были диагностированы у 17 (58,6%) больных, они локализовались в задних отделах гортани, преимущественно в области голосовых отростков черпаловидных хрящей. Двусторонняя локализация гранулем была установлена у 3 (17,6%) пациентов, односторонняя – у 14 (82,4%), преимущественно слева – 11 (64,7%).

Для верификации ЛФР проводилось внутрипищеводное pH-мониторирование. Согласно 6-ти критериям DeMeester, у 23 (79,3%) пациентов показатель превосходил величину 14,72, что свидетельствовало о наличии патологического рефлюкса. Из них ГЭР лёгкого течения наблюдался у 9 (39,1%) пациентов, средней степени тяжести – у 10 (43,5%), выраженный ГЭР – у 4 (17,4%) больных. Проведение суточной pH-метрии у больных ГЭРБ выявило существенные различия показателей в дневное и ночное время. Кислые рефлюксы, продолжительностью более 5 минут, фиксировались у 17 (74,0%) пациентов в ночное время. Все пациенты с подтвержденным ГЭР были консультированы гастроэнтерологом и в комплекс лечения включались прокинетики, ингибиторы протонной помпы, антацидные препараты.

Выводы. Суточное мониторирование pH пищевода позволяет достоверно определить роль ГЭР у больных с хроническими пролиферативными процессами в гортани. Патологические изменения слизистой оболочки в задних отделах гортани и в области голосовых отростков черпаловидных хрящей с преимущественно левосторонней локализацией являются характерными для ЛФР. Проведение этиопатогенетической терапии, включая назначение прокинетиков, антацидных препаратов, соблюдение диеты и правильного образа жизни, позволяет значительно сократить сроки лечения, уменьшить число рецидивов.

© *В.В. Кизим, С.К. Боенко, Е.А. Юренко, 2011*

В.В. КИЗИМ, В.В. ТОЛЧИНСКИЙ, Е.А. ЮРЕНКО, Е.Б. КАЧАНОВА (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА

Респираторный папилломатоз (РП) – заболевание верхних дыхательных путей, вызванное неонкогенными типами ДНК-содержащего папилломавируса (HPV-6/-11), которое характеризуется длительным, рецидивирующим течением, формированим рубцовых мембран, возможностью малигнизации. Ювенильный РП в большинстве случаев вызывается HPV-11, который чаще приводит к малигнизации. Наиболее часто папилломы локализуются в области передней комиссуры. Наряду с этим могут поражаться слизистая оболочка полости носа, мягкое небо, гортанная поверхность надгортанника, бифуркация трахеи. Для удаления папиллом используются инструментальные методы, ультразвуковая техника, криовоздействие, хирургический лазер и аргоновая плазма. Вместе с тем, многократное удаление папиллом потенциально опасно развитием рубцовых мембран, суживающих просвет голосовой щели, нарушающих фонаторную и дыхательную функции.

Помимо традиционного хирургического лечения, широко используются противовирусные и иммуномодулирующие препараты.

Целью нашего исследования явилась разработка схемы комбинированной терапии респираторного папилломатоза.

Материалы и методы. В течении 2003-2010 гг. под нашим наблюдением находилось 54 пациента (25 мужчин и 29 женщин) с респираторным папилломатозом в возрасте от 12 до 78 лет. 27 больным этой группы ранее неоднократно производилось удаление папиллом различными способами, включая и лазерную деструкцию. Из наблюдавшихся пациентов 31 (57,4%) обратились за помощью впервые. После предварительного обследования и гистологической верификации диагноза папилломатоза всем больным производилось инструментальное удаление папиллом. В раннем послеоперационном периоде ежедневно производились 2-х кратные инстилляции в гортань раствора полидекса с фенилэфрином (комбинированный препарат содержащий неомицина сульфат, дексаметазона метасульфобензоат натрия, полимиксин В сульфат, фенилэфрина гидрохлорид).

Начиная с 5-го дня после удаления папиллом, назначали лаферон в нарастающей дозе 100-150 тыс. МЕ/кг массы тела ежедневно внутримышечно (у взрослых до 6 млн. МЕ в сутки). Курс лечения составлял 24 дня. В качестве противовирусного средства применяли препарат растительного происхождения протефлазид – индуктор синтеза эндогенного ά- и γ- интерферона (по 10 капель 3 раза в день внутрь в течение месяца). Одновременно использовались топические кортикостероиды (ингаляции фликсотид 50 мкг 3 раза в сутки), проводили антиоксидантную терапию, при необходимости антибиотики и антимикотические препараты. Курс лечения лафероном и протефлазидом повторяли после 4-х недельного перерыва.

Результаты и обсуждение. После проведения I-го курса лечения клиническое улучшение отмечено у всех больных, 5 (9,2%) пациентов с генерализованной формой заболевания, ранее перенесших трахеостомию, удалось деканюлировать. Сроки наблюдения составили от 10 месяцев до 5-ти лет. Рецидив заболевания был отмечен у 14 (25,9%) пациентов в сроки от 6месяцев до 2-х лет после проведенного лечения, в связи с чем потребовались повторные курсы лечения. У остальных больных была получена стойкая ремиссия.

Выводы. Использование α-интерферонов ведет к элиминации папилломавируса. Иммуномодуляторы, антибиотики и топические кортикостероиды, в комплексном лечении РП повышают эффективность лечения и снижают вероятность рецидива заболевания при этом хирургическое лечение должно быть максимально щадящим.

© *В.В. Кизим, В.В. Толчинский, Е.А. Юренко, Е.Б. Качанова, 2011*

В.В. КІЩУК, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, С.В. ЗАЙКОВ, К.А. БАРЦІХОВСЬКИЙ, І.В. ДМИТРЕНКО (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ТРИБОЛЮМІНОМЕТРІЇ ЦІЛЬНОЇ КРОВІ ДО І ПІСЛЯ ІНКУБАЦІЇ ЗІ СКЛЕРОМНИМ АНТИГЕНОМ ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ СКЛЕРОМИ

Склерома, як ендемічне захворювання для України, Білорусії (Бариляк Р.А. с соавт., 1966; Дерепа К.П. с соавт., 1983; Коновальчиков Г.Д. с соавт., 1981) зустрічається в багатьох країнах та регіонах світу – Польщі (Szyfter W. et al., 2009), Китаї (Zhong Q. et al., 2009), Індії (Zafar U. Et al., 2008), Марокко (Herrak L. et al., 2007) тощо. Ріст захворюваності на склерому у Франції, США спостерігається передусім за рахунок емігрантів з країн, що розвиваються (Chan T.V. et al., 2007; de Pontual L. et al., 2008).

Захворювання викликає зниження працездатності хворих та інвалідизацію внаслідок рубцевого стенозування дихальних шляхів. Видалення інфільтратів на ранніх стадіях, як правило, не викликає масивного рубцювання. Тому, одним з важливих факторів профілактики стенозів при склеромі є її своєчасна діагностика і лікування. Однак, існуючі методи верифікації склероми на сьогоднішній день є утрудненими або малоінформативними. Так, за даними Українського склеромного центру (Барціховський А.І. зі співавт., 2007) гістологічно вдалося ідентифікувати склерому у 57,6%. Бактеріологічно виявити клебсієллу риносклероми вдалося у 40,9%. Найбільш інформативною була реакція Борде-Жангу, яка широко застосовувалася десятиріччя тому. Її результати були позитивними у 88,6%, однак, тривалість її підготовки і значна кількість дефіцитного склеромного антигену для її виконання обмежують її використання.

Переваги біофізичних методів верифікації імунологічних реакцій – висока чутливість та швидкість дослідження, невелика кількість крові та специфічного антигену для дослідження,

відсутність використання дефіцитних і нестійких лабораторних реактивів (Зайков С.В., 1995) спонукали нас вивчити інформативність триболюмінометрії (ТЛМ) для виявлення специфічних склеромних антитіл. Триболюмінесценція – це надслабке світіння, що виникає при механічних взаємодіях на межі розділу поверхонь різних середовищ і являє собою складний фізичний феномен, який включає механічний, термічний, електричний і хімічний компоненти (Барабой В.А. с соавт., 1987). Це явище також виникає при терті компонентів крові, що нанесені на стандартний целюлозний носій, об фторопластовий циліндр внаслідок деформації і контактної електризації біологічної мембрани і ліпопротеїдних глобул клітин крові (Орел В.Э. с соавт., 1991).

Аналіз триболюмінесценції цільної крові у 39 хворих на склерому і 22 здорових осіб показав, що світлосума ТЛМ суспензії лімфоцитів статистично суттєво ($P<0,01$) вища, ніж цільної крові у обстежених всіх груп. Так, рівень світлосуми ТЛМ цільної крові у хворих на склерому склав 11101+813 с-1, а в контрольній групі обстежених досяг рівня 3787+362 с-1, що у 2,93 рази нижче ($P<0.01$). Після інкубації зі специфічним склеромним антигеном рівень світлосуми ТЛМ цільної крові зріс у 2,11 рази і досяг 23428+1243 с-1 ($P<0.01$). Рівень світлосуми ТЛМ цільної крові в контрольній групі обстежених після інкубації зі специфічним склеромним антигеном практично не змінився (зріс у 1,08 рази) і досяг 4091+412 с-1 ($P>0,05$). При порівнянні рівнів світлосуми ТЛМ цільної крові у до і після інкубації зі специфічним склеромним антигеном серед хворих на склерому і здорових осіб контрольної групи різниця покажчиків досягла 5,73 рази ($P<0,001$), що з високим ступенем вірогідності свідчить про наявність склеромних антитіл і захворювання на склерому.

Таким чином, для біофізичної верифікації склероми доцільно використовувати показчик рівня світлосуми триболюмінометрії цільної крові після інкубації її з специфічним склеромним антигеном у порівнянні з таким до і після інкубації у здорових осіб контрольної групи.

© *В.В. Кіщук, А.І. Барціховський, С.В. Зайков, К.А. Барціховський, І.В. Дмитренко, 2011*

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

МЕТОДИКА ЗАСТОСУВАННЯ БІОКОМПОЗИТУ «СИНТЕКІСТЬ» ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ І ТРАВМАХ ЛОР-ОРГАНІВ

Незважаючи на постійне удосконалення існуючих методів і способів хірургічного лікування хронічних гнійних середніх отитів, та надання первинної кваліфікованої фахової допомоги при відкритих та закритих проникаючих фронто-базальних травмах з ліквореєю та без, та запровадження нових – залишається невирішеним цілий ряд проблем. Так найбільш частим післяопераційним ускладненням після сануючих операцій є післяопераційна гноєтеча вуха у 39,3%-80% оперованих хворих (М.В. Завадський та співавт., 1997; І.А. Яшан та співавт., 1998). Головною причиною гноєтечі із оперованого вуха є великі порожнини в мастоїдальному сегменті, порушення кровообігу і іннервації, розвиток остеодистрофічних процесів, заселення утвореної порожнини новою, нерідко більш патогенною, мікрофлорою та грибами, втратою функції самоочищення зовнішнього слухового ходу, прогресуючим зниженням слуху та функції вестибулярного апарату, при травмах ППН особливо фронто-базальної локалізації є приєднання патогенної мікрофлори і в подальшому можливість розвитку різних по складності внутрішньочерепних ускладнень, видалення при ПХО вільно лежачих уламків кісток, що в свою чергу може призводити до деформації лицьового скелета.

Для вирішення цих проблем отохірурги протягом останніх 40 років вдаються до часткового зменшення об`єму, або цілковитого закриття післяопераційних порожнин, та облітерації функціонально нежиттєздатної лобної пазухи, використовуючи при цьому найрізноманітніші пластичні матеріали.

Під нашим спостереженням перебувало 120 хворих після мастоїдопластики в різні строки післяопераційного періоду, 19 хворих після облітерації лобних пазух з ЧМТ фронтобазальної локалізації, у 7 з останньої групи хворих спостерігався перелом мозкової стінки лобної пазухи з розривом твердої мозкової оболонки і ліквореєю. Для вирішення проблеми облітерації порожнин в наших спостереженнях використовувався матеріал – біокомпозит синтекістка (БКС).

БКС – група біоактивних неорганічних синтетичних композиційних матеріалів, близь-

ких по складу до мінералу природної кістки, призначених для вирішення різноманітних завдань хірургічного відновлення кістки при травмах, пухлинах, та захворюваннях кісткової тканини, **які повністю чи частково резорбуються в організмі в запланований час** з використанням імплантованого матеріалу для відтворення нової повноцінної кістки та володіючих, при необхідності, також іншими біологічними властивостями – **бактеріоцидними, властивістю стимулювання репаративних процесів та ін.**, БКС має мінімальні антигенні властивості, може випускатися у вигляді порошків, гранул різного розміру і пористості, а також у вигляді пористих і щільних блоків і фігурних імплантів, які готують по моделям кісткових дефектів, наприклад дефектів кісток черепа, максимальний розмір до 10-15 см. Завдяки відсутності органічних компонентів в імплантах БКС, дозволяється багаторазова стерилізація в сухо жировій шафі (повітряним способом згідно ОСТ 42-21-2-85: при Т=180 градусів – 150хв.) без будь-яких змін властивостей кістково-пластичного матеріалу.

В основі нашого методу для мастоїдопластики після оперативного втручання на середньому вусі, коли патологічна кістка видалена в межах здорової проводиться виповнення утвореної порожнини БКС яку змішують з кров'ю пацієнта, антибіотиком і пошарово ушивають рану; можна додавати ауто кістку, після накладають асептичну пов'язка.

При наданні первинної кваліфікованої фахової допомоги при відкритих та закритих проникаючих фронто-базальних травмах з ліквореєю та без метод полягав у вкладанні уламків мозкової стінки лобної пазухи на тверду мозкову оболонку (при її переломі), якщо наявний дефект твердої мозкової оболонки з ліквореєю, то дефект ушивався шовком і герматизувався губкою «геласпон», видалення слизової оболонки пазухи і облітерацією лобно-носового співустя, виповнення порожнини пазухи біокомпозитом синтекістки (БКС), вкладання уламків лицьової стінки лобної пазухи відтворюючи анатомічну форму лоба, пошарове ушиття м'яких тканин та шкіри і накладанням гіпсової асептичної пов'язки. При наявності ліквореї обов'язковим є накладання спинномозкового дренажа в доопераційному періоді.

Таким чином запропоновані нами методики з використання БКС в оториноларингології при різних захворюваннях і станах які призводять до кісткових дефектів прискорює відновлення функції оперованого органу, скорочує строки перебування хворого в стаціонарі і завдяки своїй гіпоалергенності може застосовуватись у всіх категоріях профільних хворих.

© *В.В. Кіщук, О.Д. Бондарчук, І.В. Дмитренко, К.А. Лобко, А.І. Барціховський, О.О. Стечишин, 2011*

В.В. КІЩУК, В.М. ВАСИЛЬЄВ, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ
(ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ

Склерома відноситься до групи хронічних інфекційних хвороб людини з вираженими проліферативними змінами в слизовій оболонці дихальних шляхів. Збудником хвороби є клебсієла склероми, яка локалізується внутрішньоклітинно. Зростання захворюваності на склерому у деяких країнах світу, в тому числі у Франції, США пояснюються передусім за рахунок емігрантів з ендемічних вогнищ (Chan T.V. et al., 2007; de Pontual L. et al., 2008). Тому питання патогенетичної терапії склероми залишаються актуальними і на сьогоднішній день. Низька ефективність традиційного лікування, серйозні побічні ефекти антибіотиків спонукають дослідників до пошуку нових засобів антибактериальної терапії.

Одним із перших препаратів, який згубно діяв на паличку склероми був стрептоміцин. Однак згодом позитивні результати від застосування невеликих доз стрептоміцину спостерігались значно рідше. Причиною цьому – поява стійких до препарату штамів клебсієли. Клініцисти різних періодів застосовували і інші групи антибіотиків, але результати лікування залишаються невтішними. Оскільки на базі ЛОР клініки Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова багато років функціонує Український склеромний центр співробітниками активно ведеться пошук адекватного лікування зазначеної категорії хворих.

В якості етіотропного лікування ми застосовували послідовну антибіотикотерапію: в госпітальних умовах – амікацин по 0,5 внутрішньом'язево 2 рази на добу на курс 30 г,

і в амбулаторних – ципрофлоксацин по 500 мг 2 рази на добу протягом 2 місяців перорально. Амікацину сульфат є активним щодо клебсієли склероми, що було доведено нами у дослідженнях in vitro. Заслуговує увагу той факт, що фторхінолони добре проникають всередину клітин навіть без «пенетрантів», що актуально для склероми. Послідовне застосовування антибіотиків мінімізує побічні дії препаратів (отота нефротоксичность).

Під нашим наглядом знаходилось 68 хворих на склерому. 48 із них отримували комплексне лікування із застосуванням амікацину в стаціонарних, та ципрофлоксацину в амбулаторних умовах у зазначених вище дозах; 20– отримували традиційне лікування із використанням стрептоміцину 1,0 внутрішньом'язево 2 рази на добу на курс 30,0.

Результати лікування оцінювались за суб'єктивними (покращення дихання, голосу, зниження сухості слизової оболонки) та об'єктивними (зволоження слизової оболонки, зменшення інфільтратів, кірок, зниження висівання збудника) показниками до початку терапії і через 6 місяців після. Отримані дані заносились у спеціально розроблені карти, де враховувались паспортні дані, методи лікування, суб'єктивні і об'єктивні показники, побічні дії. (Оцінка лікування – за шкалою дуже добре, добре, задовільно, незадовільно).

В результаті досліджень було виявлено, що оцінку добре при застосуванні амікацину та ципрофлоксацину отримано у 87% хворих, задовільно – 11%; незадовільно – 2%. При застосуванні у комплексному лікуванні склероми стрептоміцину: добре – 48%, задовільно – 27%, незадовільно – 25%. Слід також відмітити, що гірші результати при застосуванні стрептоміцину були отримані за рахунок побічних дій, які реєструвались у вигляді нейросенсорної приглухуватості різних ступенів.

Отже, запропонована схема комплексного лікування склероми із послідовним застосуванням амікацину та ципрофлоксацину є ефективним та безпечним методом терапії хворих на склерому в порівнянні з використанням стрептоміцину і може бути застосована в практичній отоларингології.

© *В.В. Кіщук, В.М. Васильєв, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховський, 2011*

В.В. КІЩУК, О.О. СТЕЧИШИН, А.П. КОРОЛЬ, О.Д. БОНДАРЧУК, О.В. ШИНКАРУК (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

ОБГРУНТУВАННЯ ВИЛУЖЕННЯ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ БІОКОМПОЗИТУ «СИНТЕКІСТЬ» В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Посттрепанаційні порожнини після сануючих операцій з приводу хронічного гнійного епімезотимпаніту заживають тривало і часто – з утворенням незрілих грануляцій, рубців, ексудацією та неповною епідермізацією їх стінок. Однак, навіть при повній епідермізації у післяопераційній порожнині накопичуються продукти життєдіяльності клітин, злущений епідерміс, секрет залоз, мілкі сторонні тіла. Все це може призвести до рецидиву запального процесу та утворення холестеатоми.

Одним із способів облітерації таких порожнин є застосування синтетичних біоактивних матеріалів, які резорбуються, зокрема біоактивного композиту «Синтекість».

Метою нашого дослідження стало визначити особливості формування кістково-керамічного комплексу, процесу кісткової регенерації та перебудови трансплантату при імплантації різних видів біокомпозиту «Синтекість» в експерименті.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження проводилось на 9 здорових кролях віком від 1 до 1,5 років, в клубові кістки яких було імплантовано пористі блоки біокомпозиту «Синтекість». Контрольну групу тварин склали 3 здорових кролі, яким оперативні втручання не проводили.

Дев'яти кролям в гребні правої клубової кістки формували нішу, в яку було поміщено пористий блок контрольного зразку біокомпозиту «Синтекість», в сформовану нішу гребня лівої клубової кістки було поміщено прокалений до 400°С і вимочений у фізіологічному розчині зразок біокомпозиту «Синтекість». Рани пошарово ушивались. Тварини виводились з експерименту в строк 3, 6 та 9 місяців. Гребні клубових кісток видалялись одним блоком, серійні гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином та здійснювали мікроскопічне дослідження препаратів. Морфометричне дослідження зрізів проводили з використанням планіметричної лінійки Автандилова, визначали процентне співвідношення залишків біокомпозиту, пластинчатої та грубоволокнистої кісткової тканини.

При мікроскопічному вивченні зони імплантації контрольного та прокаленого до 400°С і вимоченого у фізіологічному розчині зразків керамічного матеріалу в строк 3 місяці спостерігали кісткові трабекули, які у вигляді тяжів вростали в синтетичний матеріал та утворювали широкопетлисту сітку і складали 27,3% та 31,4% відповідно. В порожнинах між цими новоутвореними трабекулами виявляли невеликі фрагменти біокераміки (7,4% та 7,7% відповідно), оточені грубоволокнистою незрілою кістковою тканиною (65,4% та 58,4% відповідно). В строк 6 та 9 місяців спостерігали достовірне збільшення процентного співвідношення трабекул як в контрольному (40,7% та 81%, відповідно), так і в прокаленому до 400°С і вимоченому у фізіологічному розчині (45,7% та 89,7% відповідно) зразках біокомпозиту ($p<0,05$). Процентний вміст грубоволокнистої кісткової тканини в цих зразках достовірно зменшився (56,2% і 18,5% та 51,3% і 10,1% відповідно) ($p<0,05$). Фрагменти біокераміки, що залишились, складали (3,6% і 0,5% та 3,0% і 0,2% відповідно).

Для варіантів біокомпозиту в 3 і в 6 місяців новоутворена пластинчата та грубоволокниста кісткова тканина були розташовані рівномірно у всьому об'ємі імплантованого матеріалу, також спостерігали їх повну адгезію з кістковою тканиною гребня клубової кістки кроля поза зоною імплантації. В 9 місяців спостерігали рівномірне розміщення пластинчатої кісткової тканини з невеликими зонами грубоволокнистої кісткової тканини та зонами червоного та жовтого кісткового мозку.

Будова кісткової тканини гребня клубової кістки поза зоною імплантації була подібна до будови кісткової тканини інтактної контрольної групи тварин. Через 3, 6 та 9 місяців, поряд з активним остеогенезом в ділянці імплантованого біокомпозиту відмічали достовірне зменшення його кількості з 7,4%-7,7% до 0,2%-0,5% ($p<0,05$).

Дистрофічних змін кісткової тканини в зоні імплантації не спостерігали в жодному випадку. Також не було помічено формування навколо трансплантанта сполучнотканинної капсули, запальної реакції або реакції його відторгнення.

Висновки:

1. Результати гістологічних досліджень при імплантації контрольного та прокаленого до 400°С і вимоченого у фізіологічному розчині зразків біокомпозиту «Синтекість» в гребні клубових кісток кролів свідчать про біосумісність керамічного матеріалу та про високу ступінь його біоактивності.

2. В 3, 6 та 9 місяців процентний вміст пластинчатої кісткової тканини в прокаленому до 400°С і вимоченому у фізіологічному розчині імплантованому матеріалі був достовірно вищий, ніж в контрольних зразках біокомпозиту.

© *В.В. Кіщук, О.О. Стечишин, А.П. Король, О.Д. Бондарчук, О.В. Шинкарук, 2011*

ОЛ.ОЛ. КІЦЕРА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ВУШНИЙ ШУМ, ЯК ОСНОВНИЙ СИМПТОМ ХРОНІЧНИХ ХВОРОБ ВУХА

Вушний шум (ВШ) – це патологічні слухові відчуття, що виникають у вусі або в голові без зовнішнього подразника. ВШ пов'язаний з великою кількістю патологічних чинників, що мають відношення не лише до органа слуху, але до всього організму.

Метою роботи було визначення клініко-аудіологічних особливостей ВШ при різних патологічних станах слухового аналізатора.

Обстежено 320 дорослих осіб, які звертались до ЛОР-клініки протягом 2009-2011 рр з приводу хронічного суб'єктивного ВШ.

Анамнестично визначено, що причиною ВШ була серцево-судинна патологія (36%), хронічні середні отити (26%), хронічні звукові та вібраційні травми (12%), механічні травми (8%), отосклероз (4%) та інші причини. У досліджених хворих ВШ за патогенетичними механізмами визначено, як тимпанальний (у 37%), нейрональний чи слимаковий (у 43%) та центральний (у 20%).

Всім хворим проводилась тональна порогова аудіометрія в повному діапазоні частот, імпедансна аудіометрія, скрінінг-вестибулометрія, аудіометрія викликаних слухових потенціалів (КСВП), тінітометрія (суб'єктивне вимірювання аудіологічних характеристик вушного шуму).

Зниження слуху (до 35 дБ СВПС) виявлено у більшості хворих зі скаргами на ВШ (65%), переважно – сенсоневральне (38%) та змішане (27%). Підвищення порогів слуху в більшості випадків було найбільш вираженим на частотах, що відповідали аудіологічним характеристикам ВШ, отриманим при тінітометрії. У 35% досліджених аудіометричне дослідження не виявило патології слухового аналізатора. Тінітометрія визначила, що здебільшого ВШ був високочастотним (в межах 4-7 кГц).

Реєстрація коротколатентних викликаних слухових потенціалів виявило незначне подовження латентних періодів хвиль III і V та зниження амплітуди всіх хвиль. У 45% відзначено появу додаткових хвиль на частотах, що відповідали частоті ВШ.

Тимпанометрія здебільшого виявила тимпанограми А (78%), рідше – С (13%). Показники акустичного рефлексу відповідали клініко-аудіологічним змінам.

Отже, у досліджених хворих з ВШ виявлено сенсовральну приглухуватість (32%), сенсоневральну приглухуватість з порушенням функції слухової труби (20%), порушення функції слухової труби чи туботимпаніт (11%), секреторний отит (2%), відсутність змін слухового аналізатора (35%).

Отоларингологічне лікування ВШ, особливо – при відсутності аудіологічних змін, проводилось в тісному співробітництві з невропатологами.

Всебічне аудіологічне обстеження при суб'єктивних вушних шумах доцільне з погляду вибору раціональних і ефективних підходів до їх лікування.

© *Ол.Ол. Кіцера, 2011*

А.П. КОВАЛИК, І.В. МАЛЬОВАНА, І.В. ХОРУЖИЙ, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ, В.А. ЛЕВЧУК (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ, КРЕМЕНЕЦЬ; УКРАЇНА)

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО СУБАТРОФІЧНОГО ТА АТРОФІЧНОГО ФАРИНГІТУ

Хронічний субатрофічний і атрофічний фарингіт виникає внаслідок подразнення слизової оболонки горла пилом, хімічними речовинами та тривалої відсутності носового дихання. Найчастіше хворіють люди голосової професії. Хворі на цю патологію скаржаться на сухість, подразнення, першіння у горлі, утруднення відходження в'язкого слизу. Для лікування хронічного субатрофічного та атрофічного фарингіту застосовуються різні середники. Що ж стосується використання спрею для горла «АКВА МАРІС®» при даній патології, то з цього питання в літературі є лише поодинокі повідомлення (Р.А. Абизов і співавт., 2008; І.А. Гавура і співавт., 2009; А.В. Янюк і співавт., 2010).

Ми застосували спрей для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного субатрофічного та атрофічного фарингіту. Спрей призначався хворим 4-5 разів на день по 2-3 упорскування на задню стінку горла.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 14 хворих на хронічний субатрофічний (10 хворих) та атрофічний (4) фарингіт у віці від 36 до 58 років. Пацієнти спостерігались в поліклінічних відділеннях обласної комунальної клінічної лікарні (нині університетської лікарні), міської комунальної клінічної лікарні №2, Чортківської та Кременецької центральних комунальних районних лікарень.

Хворі скаржились на відчуття сухості, свербіж у горлі. Деякі пацієнти відмічали утруднений порожній ковток, неприємний запах з горла.

Фарингоскопічно визначались стоншення і сухість слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла. Слизова оболонка звичайно була блідо-рожевою, у деяких пацієнтів виглядала блискучою і мала лакований вигляд. У ряду хворих вона місцями була вкрита в'язким, гнійним слизом чи слизово-гнійними кірками.

Серед спостережуваних хворих було 10 чоловіків і 4 жінки. У 3 пацієнтів відмічалось різко утруднене носове дихання, зумовлене патологією носової порожнини (деформація перегородки носа, хронічний гіпертрофічний риніт).

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворим та фарингоскопічна картина. Скарги на сухість, свербіж у горлі у хворих, що приймали спрей для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні, поступово зникли через 1-2 тиж у більшості (11) пацієнтів. Решта 3 хворих відмічали зменшення неприємних відчуттів у горлі.

Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки горла виявилась зволоженою, слизово-гнійні кірки були відсутні.

Спрей для горла «АКВА МАРІС®» добре переносився хворими, побічних ефектів та інших небажаних явищ не спостерігалось.

Таким чином, застосування спрею для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного субатрофічного та атрофічного фарингіту суттєво покращує самопочуття, значною мірою усуває основні симптоми захво-

рювання. Спрей для горла «АКВА МАРІС®» простий в застосуванні, добре переноситься хворими, системно не впливає на організм, застосовується з іншими лікарськими засобами для лікування хронічного субатрофічного та атрофічного фарингіту, не має побічної дії, що дозволяє рекомендувати для терапії пацієнтів на вказану патологію.

© *А.П. Ковалик, І.В. Мальована, І.В. Хоружий, Р.Т. Чортківський, Т.В. Чортківський, В.А. Левчук*

П.В. КОВАЛИК, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, І.А. ГАВУРА, О.В. ГОВДА, О.В. СТАХІВ, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

НЕЖИВІ СТОРОННІ ТІЛА ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ У ДОРОСЛИХ

У дорослих нерідко трапляються сторонні тіла у зовнішньому слуховому ході, але значно рідше, ніж у дітей. За нашими даними (Г.С. Протасевич, 2009), сторонні тіла зовнішнього слухового ходу у дорослих зустрічаються більше, ніж у 2 рази рідше, ніж у дітей. Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу у дорослих бувають органічні і неорганічні, живі та неживі. Наводимо дані про неживі сторонні тіла зовнішнього слухового ходу у дорослих, що спостерігались нами в різні роки за період з 1964 по 2010рр. в 7 лікувальних закладах: Дзержинській (нині Романівський) і Ємільчинській центральних районних лікарнях Житомирської області, Калуській центральній районній лікарні Івано-Франківської області, Теребовлянській і Чортківській центральних районних лікарнях Тернопільської області, міській комунальній клінічній лікарні №2, обласній комунальній клінічній лікарні (нині університетській лікарні).

Під нашим спостереженням знаходилось 165 хворих віком від 20 до 52 років з неживими сторонніми тілами зовнішнього слухового ходу.

Серед сторонніх тіл у спостережуваних нами хворих були: зерна злаків (пшениці, ячменю, жита) (у 46 осіб), зерна бобових рослин (гороху, вики, квасолі) (у 12), шматки вати (у 23), марлеві турунди (у 24), обломки сірників (у 26), шматки гілок дерева (у 6), шматки пластмаси від ручки (у 4), ковпачки від ручки (у 4), цвяшки (у 2), закриті булавки (у 3), розкриті булавки (у 2), краплі розплавленого металу (у 4), дрібні пластмасові кульки (у 5), віск (у 4 осіб).

Зерна злаків (пшениці, ячменю, жита), а також зерна гороху, вики потрапляли у зовнішній слуховий хід при роботі з зерном на току. Зерно квасолі потрапило у слуховий хід через шалість. Шматки вати застрівали у зовнішньому слуховому ході в момент очистки вуха від сірки, води або, коли хворі уводили їх у слуховий хід з метою лікування зовнішнього і середнього отиту. Марлеві турунди потрапляли у зовнішній слуховий хід також при введенні у нього з метою лікування зовнішнього і середнього отиту.

Обломки сірників, шматки гілок дерева, шматки пластмаси від ручки, ковпачки від ручки, цвяшки, закриті булавки, розкриті булавки потрапляли у слуховий хід під час очистки його від сірки. Краплі розплавленого металу попадали у зовнішній слуховий хід при зварювальних роботах. Дрібні пластмасові кульки потрапляли у слуховий хід через шалість. Віск потрапляв під час аплікацій на обличчя при лікуванні невриту лицевого нерва (в 1 випадку) або при введенні свічки у зовнішній слуховий хід з метою лікування сіркового корка (в 3 випадках).

Клінічні прояви сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу у спостережуваних хворих залежали від форми, величини і характеру стороннього тіла. Так, сторонні тіла з гладкою поверхнею (зерна бобових, дрібні пластмасові кульки) не травмували шкіру зовнішнього слухового ходу і тривалий час не викликали неприємних відчуттів у хворих. Набряклі від вологи, вкриті вушною сіркою сторонні тіла (шматки вати, марлеві туруни, зерна гороху, вики, квасолі) призводили до закупорки зовнішнього слухового ходу. Сторонні тіла, які закупорювали слуховий хід, викликали зниження слуху за типом порушення звукопроведення. Дрібні сторонні тіла (зерна злаків) не давали характерних симптомів. Їх виявляли, як правило, випадково (під час профілактичних оглядів).

Краплі розплавленого металу викликали різкий біль у вусі в момент попадання у зовнішній слуховий хід, зниження слуху, затим з'являвся шум у вусі, відчуття закладеності вуха. В одному випадку через кілька годин при огляді було знайдено звуження зовнішнього слухового ходу в кістковому відділі внаслідок набряку і гіперемії м'яких тканин. Барабанна перетинка виявилась гіперемованою, в передньому відділі її проглядалось стороннє тіло у вигляді чорної плями, округлої форми з множинними шпичаками. На місці знаходження стороннього тіла виявлено дефект барабанної перетинки, який за розмірами був такий, як розміри стороннього тіла. В інших випадках стороннє тіло знаходи-

лось в слуховому ході, мало вигляд кульки чорного шороховатого металу, барабанна перетинка була гіперемована.

Віск вкривав барабанну перетинку у вигляді тонкої плівки (в 1 випадку) або обтурував зовнішній слуховий хід (в інших 3 випадках), що призвело до зниження слуху за типом порушення звукопроведення.

Діагностика сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу у спостережуваних хворих не представляла труднощів. Великі сторонні тіла звичайно затримувались в хрящовому відділі зовнішнього слухового ходу, а дрібні проникали в глибину кісткового відділу. Їх звичайно було добре видно при отоскопії. Таким чином, діагноз стороннього тіла зовнішнього слухового ходу у всіх хворих був встановлений при отоскопії. В тих випадках, коли при невдалих і невмілих спробах видалення стороннього тіла, що проводились раніше, виникло запалення з інфільтрацією стінок зовнішнього слухового ходу, діагностика була утрудненою.

Після визначення величини, форми і характеру стороннього тіла вибирали метод його видалення. Лікувальна тактика заключалась в обранні відповідного підходу до стороннього тіла і інструмента для його видалення. Найбільш безпечним методом видалення неускладнених сторонніх тіл є вимивання їх теплою водою із шприца Жане, яке проводиться так само, як і видалення сіркового корка. Таким методом ми видаляли зерна злаків (пшениці, ячменю, жита). Плоскі сторонні тіла (шматки вати, марлеві турунди, обломки сірників, тонкі шматки гілок дерев, тонкі шматки пластмаси від ручки, цвяшки, булавки) видаляли за допомогою вушного пінцета. Для видалення круглих сторонніх тіл (пластмасових кульок) користувались гачком Трельча або гачком з набору Гартмана. Слід відмітити, що круглі сторонні тіла не можна видаляти пінцетом, бо пінцет їх не захопить, і вони проштовхнуться за перешийок зовнішнього слухового ходу і тоді їх не вдасться видалити без хірургічного втручання.

Набряклі круглі сторонні тіла (горох, вика, квасоля) попередньо обезводнювали вливанням 70% спирту у зовнішній слуховий хід на протязі 2-3 днів, в результаті чого вони зморщувались, затим видаляли їх гачком Трельча або гачком від набору Гартмана. Цими ж інструментами користувались при видаленні шматків гілок дерев, шматків пластмаси від ручки, якщо їх не вдавалось захопити вушним пінцетом (були порівняно товсті), а також ковпачків від ручки.

Краплі розплавленого металу видаляли гачком від набору Гартмана (в 3 випадках) або під операційним мікроскопом за допомогою відсмоктувача (в 1 випадку). Парафін, що покривав барабанну перетинку у вигляді тонкої плівки, видаляли під операційним мікроскопом. Для видалення парафіну, що обтурував зовнішній слуховий хід у вигляді корка, користувались гачком Трельча або гачком від набору Гартмана і його видаляли частинами.

Таким чином, наведені дані свідчать про те, що у дорослих у зовнішній слуховий хід можуть потрапляти самі різноманітні неживі сторонні тіла, як органічного, так і неорганічного походження. Клініка неускладнених неживих сторонніх тіл залежить від їх величини, форми і характеру. Діагностика неживих сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу не складна. Лікувальна тактика визначається характером стороннього тіла, його величиною і формою, а також клінічними проявами. Видалення сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу, як неживих, так і живих, повинен проводити тільки оториноларинголог.

© *П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, І.А. Гавура, О.В. Говда, О.В. Стахів, Т.В. Чортківський, 2011*

П.В. КОВАЛИК, О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.А. ГАВУРА, Ф.Ю. КИЙКО, О.В. ГОВДА, О.В. СТАХІВ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КРОВОТОЧИВИЙ ПОЛІП ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Кровоточивий поліп перегородки носа (Polipus hacmorrhagicus septi nasi) зустрічається рідко і описується в основному як окреме спостереження з практики (Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2007; В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2010). Одні автори відносять його до пухлиноподібних утворень, інші – до доброякісних пухлин.

Кровоточивий поліп перегородки носа представляє собою повільно ростучий утвір, що має вигляд добре васкуляризованої грануляційної тканини або дуже васкуляризований фіброматозний утвір. Кровоточивий поліп перегородки носа описаний під різними назвами: фіброма, ангіофіброма, ангіогранульома,

юнацька фіброма, фіброангіома, ангіоаденома, ангіома, гемангіома. Гістологічна структура кровоточивого поліпа перегородки носа частіше визначається як ангіома, гемангіома, фіброма, ангіофіброма, грануляційна тканина. Гістологічно він складається з великої кількості волокнистої сполучної фіброзної тканини, багатої на кровоносні судини (В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2010).

Кровоточивий поліп перегородки носа частіше спостерігається в молодому і середньому віці. Може виникати у дітей (В.В. Дячук, В.В. Дячук, 2010). Це захворювання частіше зустрічається у жінок. Етіологія його не завжди ясна. Новоутвір росте повільно, локалізується переважно в лівій передньо-нижній хрящовій частині перегородки носа, частіше всього в кісельбаховій зоні і росте з охрястя перегородки носа. Розміри поліпа звичайно невеликі, але він часто цілком заповнює передні відділи перегородки носа і навіть може виступати з носа.

Хворі скаржаться на тривалі однобічні, постійні або часті носові кровотечі та однобічне утруднення носового дихання. При огляді в передніх відділах перегородки носа добре видно рожевого, червоного, інтенсивно червоно-багряного, яскраво-червоного з синявим відтінком або темно-бурого з синявим відтінком кольору округлу, з нерівною, горбистою, часточковою або (рідко) гладенькою поверхнею пухлину м'якої консистенції, яка має нешироку (тонку) ніжку, але рідко може мати широку (товсту) ніжку, та обтурує носовий хід відповідної половини носа. При зондуванні поліпа, при дотику носовим дзеркалом під час проведення передньої риноскопії він легко кровоточить.

Діагностика кровоточивого поліпа перегородки носа проста. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, клінічних даних та результатів патогістологічного дослідження, але обов'язково з урахуванням клінічної картини (характерна локалізація, повільний ріст). Слід мати на увазі, що зовні кровоточивий поліп схожий на меланому. Він може симулювати меланобластому перегородки носа.

Лікування кровоточивого поліпа перегородки носа виключно хірургічне. Основна умова операції – видалення пухлини разом з слизовою оболонкою і охрястям перегородки носа в ділянці прикріплення ніжки поліпа. Після видалення поліпа проводять електрокаустику слизової оболонки країв рани. Кровоточивий поліп перегородки носа, що має тонку ніжку, можна видаляти за допомогою дротяної петлі. Для запобігання рецидиву основу ніжки припікають трихлороцтовою кислотою, електрокаутером чи хірургічною діатермією. Гістологічне дослідження видаленої пухлини обов'язкове.

Однак після операції бувають рецидиви. Причини рецидивів – нерадикальне видалення пухлини. При рецидивах рекомендується тільки хірургічне лікування. Деякі оториноларингологи обмежуються кріодеструкцією пухлини. В останні роки з успіхом застосовують промінь лазера.

Прогноз кровоточивого поліпа перегородки носа, як правило, сприятливий. Проте в деяких випадках, як сказано вище, можливі рецидиви пухлини після хірургічного лікування. Зрідка ця пухлина може піддаватись злоякісному переродженню (Б.Н. Лебедевский, 1963).

Під нашим особистим спостереженням знаходилось 35 хворих на кровоточивий поліп перегородки носа. Так, О.В. Стахів спостерігав 2 хворих з цією патологією (за 10 років роботи), О.В. Говда – 3 (за 17 років), Г.С. Протасевич – 3 (за 46 років), О.І. Яшан – 5 (за 26 років), П.В. Ковалик – 6 (за 38 років), І.А. Гавура – 8 (за 30 років), Ф.Ю. Кийко – 8 (за 46 років). Переважна більшість хворих (33) була жіночої статі і тільки 2 – чоловічої. Вік пацієнтів від 20 до 42 років. У переважної більшості хворих (34) пухлина локалізувалась на лівій передньо-нижній хрящовій частині перегородки носа. У однієї пацієнтки вихідним місцем поліпа був верхній відділ перегородки носа зліва. У хворих відмічалось утруднене дихання через ліву половину носа, кровотечі з неї, колір пухлин був багряно-червоний. Вони мали округлу форму, горбисту поверхню на товстій (у 23 пацієнтів) або на тонкій (у 12) ніжці, були м'які на дотик, легко кровоточили при дотику носовим дзеркалом під час передньої риноскопії. Величина пухлин від 0,6х0,6х1,0 см до 1,5х1,5х1,5 см. В одному випадку поліп був великих розмірів, заповнюючи всю ліву половину носа і носову частину горла. Права половина порожнини носа у хворих була в нормі. Інші ЛОР-органи також не мали відхилень від норми. В одному випадку мало місце переродження кровоточивого поліпа в злоякісну пухлину.

Всі хворі піддались хірургічному лікуванню. Хірургічні втручання проводились під місцевим аплікаційним знеболенням 2% розчином дикаїну з адреналіном 1:1000 (у 25 хворих) або 10% розчином лідокаїну з адреналіном 1:1000 (у 10). В більшості випадків (25) пухлини видалені разом з прилеглою тканиною – охрястям та частиною спаяного хряща з послідую-

чою електрокаустикою слизової оболонки країв рани. Під час проведення операції спостерігалась підвищена кровотеча. У 8 пацієнтів кровоточивий поліп був видалений дротяною петлею, у 2 – електрокаутером. В цих випадках кровотеча була дещо меншою. Післяопераційний період перебігав гладко. Дихання через ніс стало вільним. Патогістологічне дослідження видаленої пухлини проведено у 28 хворих. Воно виявило ангіофіброми.

При контрольному обстеженні 26 хворих (через 3-12 років) рецидиву пухлин не виявлено.

Таким чином, наші спостереження показали, що у переважної більшості хворих (34) кровоточивий поліп локалізувався в типовій лівій передньо-нижній хрящовій частині перегородки носа. В 33 випадках хворі були жіночої статі. Діагностика захворювання не представляла складності. У всіх пацієнтів проведено хірургічне лікування. Для попередження рецидиву захворювання пухлину необхідно видаляти радикально з послідуючою електрокаустикою слизової оболонки країв рани. Хоча в деяких випадках її можна видаляти дротяною петлею або електрокаутером.

© *П.В. Ковалик, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, Ф.Ю. Кийко, О.В. Говда, О.В. Стахів, 2011*

Т.М. КОЗАРЕНКО, Д.А. КРАВЧЕНКО, Ю.О. СЕРЕЖКО, К.Ю. ЛОГАНІХІНА
(КИЇВ, УКРАЇНА)

МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ГОРТАНІ У ХВОРИХ НА РАК СЕРЕДИННОГО ВІДДІЛУ ГОРТАНІ I-II СТАДІЇ

За даними вітчизняної літератури, онкологічні захворювання ЛОР-органів складають у середньому 4,4% випадків від усієї онкопатології, що виявляється. Рак гортані посідає перше місце в структурі онкозахворюваності ЛОР-органів. Тому є важливим використання ультразвукого методу, який дозволяє оцінити стан голосового апарату, що в свою чергу надає можливість своєчасно зробити висновок про наявність патологічних змін в гортані неінвазивним методом.

Мета. Визначити можливості сонографії в діагностиці новоутворень серединного відділу гортані.

Матеріали та методи дослідження. Обстежили 15 хворих на рак серединного відділу гортані I-II стадії до операції, віком від 47 до 63 років. Обов'язковою умовою при сонографічному дослідженні було наявність незначної оссифікації щитоподібного хряща та відсутність трахеостоми у хворого. УЗД гортані проводили на ультразвуковому апараті «Sonoline G50» фірми «Siemens», з використанням датчика частотою 7 Мгц, в режимі сірої шкали та енергетичного допплера. Під час хірургічного втручання оцінювали точність УЗД шляхом співставлення результатів дослідження. Всі описані випадки морфологічно верифіковані

Результати дослідження. При УЗД гортані у 4 хворих візуалізували екзофітну форму росту пухлини., а у 11 хворих – ендофітну або змішану. При наявності пухлини гортані з екзофітною формою росту при сонографії відмічали нерівність контуру голосової складки та звуження просвіту гортані. Для ендофітних пухлин було характерно значне потовщення ураженої голосової складки внутрішнього охрястя та девіацію пластинки щитовидного хряща у 7 хворих. При фонації звуку «і» діагностували обмеження рухливості голосової складки у 5 осіб, відсутність рухів враженої половини гортані – у 3 хворих. Також, оцінити функціональний стан серединного відділу гортані допомагає використання режиму допплерографії. Врахування отриманих даних УЗД гортані та інтраопераційні зміни, в 2 випадках вплинули на розширення об'єму хірургічного втручання.

Висновки. УЗД гортані є досить інформативним методом дослідження при пухлинному ураженні серединного відділу гортані. Отримані дані допомагають у визначенні об'єму хірургічного втручання. УЗД гортані може застосовуватись у комплексі з іншими променевими методами дослідження.

© *Т.М. Козаренко, Д.А. Кравченко, Ю.О. Сережко, К.Ю. Логаніхіна, 2011*

Т.М. КОЗАРЕНКО, К.Ю. ЛОГАНІХІНА, Е.В. ЛУКАЧ, Ю.О. СЕРЕЖКО, Д.А. КРАВЧЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОБ ПРИ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНІЙ КОМП'ЮТЕРНІЙ ТОМОГРАФІЇ ШИЇ

Мультидетекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) широко використовується для діагностики новоутворень шиї. Однак, традиційні методики сканування не завжди надають повне уявлення про локалізацію та поширеність пухлинного процесу.

Мета роботи. Підвищення ефективність діагностики об'ємних новоутворень гортані та гортанної частини глотки шляхом розробки та впровадження методики проведення функціональних проб під час МДКТ обстеження.

Матеріали та методи. Проведено МДКТ обстеження 85 хворих на рак гортані (53 особи) та гортанної частини глотки (32 особи). У контрольній групі хворих (7 осіб) з пухлинами інших локалізації визначали нормальну анатомію гортані та гортанної частини глотки.

Клінічний діагноз було верифіковано при морфологічному дослідженні біопсійного матеріалу. Обстеження хворих проводилося на мультидетекторному комп'ютерному томографі Lightspeed VCT фірми General Electric.

Застосовували режим нативного сканування та режим болюсного внутрішньовенного введенні рентгенконтрастної речовини Томогексолу (100 мл). Під час серії сканування з введенням контрастної речовини, за розробленою нами методикою, проводили функціональні проби: з надуванням щоки протягом 10 секунд та під час фонації звуку «і» протягом 20 секунд.

Результати роботи. В умовах підвищеного повітряного тиску, при надуванні щоки, можливо оцінити стан грушоподібних синусів, структуру черпало-надгортанних складок, просвіт вестибулярного відділу гортані та гортанної частини глотки. Найбільш інформативною вона є при Т1-Т3 стадіях пухлини.

Функціональна проба із фонацією звуку «і» допомагає оцінити рухливість, симетричність голосових складок, голосової щілини, передньої комісури, хрящів гортані.

Висновки. Вдосконалена нами методика проведення МДКТ із застосуванням розроблених функціональних проб, допомагає підвищити діагностичну ефективність методу при пухлинах гортані та гортанної частини глотки.

© *Т.М. Козаренко, К.Ю. Логаніхіна, Е.В. Лукач, Ю.О. Сережко, Д.А. Кравченко, 2011*

Д.Н. КОКОРКИН (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ИРРИГАЦИОННО-ОСМОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСА, ПАЗУХ И СРЕДНЕГО УХА

Актуальность. Ирригация (орошение) полости носа и носоглотки как способ лечения известна еще со времен ведической медицины. Ежедневная процедура орошения полости носа холодной 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 «осмотическая терапия». Известно, что ирригация гипертоническим солевым раствором восстанавливает нарушенный мукоцилиарный клиренс у пациентов с хроническим синуситом, в то время как изотонический солевой раствор улучшает мукоцилиарный клиренс у пациентов с аллергическим ринитом и острым синуситом (Bresciani M., et al.,2001). Сегодня отмечается тенденция к широкому использованию методов ирригационной терапии как самостоятельного средства в лечении и профилактике аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей. При этом методы ирригации рассматриваются как весомая составляющая т.н. элиминационной терапии (Баранов А.А. и соавт., 2002)

Орошение полости носа и носоглотки солевыми расствором позволяет снижать кратность приема и дозу деконгестантов, антигистаминных препаратов и топических назальних стероидов. Солевые растворы так же способны уменшить побочное действие кортикостероидов на слизистую оболочку носа и носоглотки. Несмотря на накопленный обширный опыт лечения риносинуситов, существует настоятельная

необходимость уточнения показаний к применению солевых растворов в детской ринологии, дабы не использовать их на основе казуистики (Богомильский М.Р. и соавт., 2009).

Цель исследования: изучить эффективность ирригационной терапии в лечении детей с патологией носоглотки, околоносовых пазух и среднего уха.

Материалы и методы. В работе представлены сведения о предоперационном наблюдении и послеоперационном сопровождении 140 детей 5-15 лет с патологией носа и носоглотки. Больные представлены в двух нозологических группах: 90 детей с гиперплазией лимфоидного кольца глотки (ГЛК) и секреторными отитами, 50 детей с острыми и хроническими синуситами. По показаниям использовали лучевые методы диагностики (рентгенография и КТ пазух). Изучали эффективность различных схем ведения больных, которые включали элементы ирригационной терапии с использованием изотонических и гипертонических солевых растворов, назальных стероидов и плацебо.

Амбулаторное лечение. Большинство детей с ГЛК и секреторными отитами обращались в клинику с явлениями аденоидита. Диагноз секреторного отита подтверждался результатами отомикроскопии, тимпанометрии и тональной аудиометрии. В лечении больных соблюдали этапность. В качестве начальной терапии, в течение 10-12 дней перед операцией использовали методику промывания полости носа и носоглотки с использованием системы для промывания «Аква-Марис» (n=30) с вяжущими и антисептическими добавками Бессмертника итальянского и Мирта обыкновенного. При непереносимости травяных экстрактов использовали простой солевой раствор. Часть детей использовали флютиказон (n=30) и плацебо (n=30). Проведение методики орошения в раннем детском возрасте требует достаточных навыков и терпения. При выраженном негативизме к проведению процедур использовали вакуум-терапию с солевыми растворами. В связи с улучшением, от дальнейшей операции отказались 25 пациентов, у 18 из них спонтанное излечение секреторного отита констатировали на 7-10 день от начала лечения. В целом же, использование как солевого раствора, так и стероидного спрея на предоперационном этапе оказалось достоверно эффективнее группы плацебо, при этом спонтанное разрешение отита наступило у 20,8±1,1% больных.

Стационарное лечение. Аденотонзиллотомия выполнялась под интубационным наркозом. После гемостаза приступали к отомикроскопии. Шунтирование барабанной полости выполняли в случае, если анамнез секреторного отита прослеживался на протяжении более 3 месяцев. На более ранних сроках заболевания использовали тимпанопункцию или парацентез. Полость среднего уха однократно промывали суспензией гидрокортизона. Начиная со второго дня, после операции использовали назальные спреи. Через 3 недели сравнивали эффективность их использования. В целом, эффективность использования назальных спреев оказалась достоверной по сравнению с группой плацебо. В борьбе с сухостью слизистой оболочки полости носа и образованием корок более эффективным оказался спрей Аква-Марис: соответственно группам 5,6±1,1; 6,1±0,9 и 12,2±1,9 дней ($P<0,05$). Спрей с флутиказоном оказался эффективнее в лечении оторреи. В дальнейшем, в течение ближайших 3-х месяцев полное восстановление слуха и спонтанное «отхождение шунта» отметили 88±2,2% оперированных детей, в остальных случаях проводилось инструментальное удаление. Через 6 месяцев, перфорация барабанной перепонки сохранялась у 5 оперированных детей, а в 3 случаях сохранялось периодическое гноетечение.

Повторно, через 12-16 месяцев от момента операции, в клинику обратились 20 детей с жалобами на затруднение носового дыхания и ухудшение слуха. При отомикроскопии подтвержден рецидив секреторного отита. Рецидив заболевания наиболее ярко подтверждает эффективность не только хирургического лечения, но и полноценность послеоперационного медикаментозного сопровождения. Соответственно группам, рецидив секреторного отита достоверно чаще наблюдался среди пациентов группы плацебо: соответственно группам 18,3; 17,2 и 28,5% случаев ($P<0,05$). Несмотря на достоверно схожее число технических погрешностей операции – т.н. «рецидив аденоидов» (10-12%) число детей со стойким затруднением носового дыхания и симптомами синусита чаще отмечалось в группе плацебо (28,5%).

Всем детям с рецидивами секреторного отита проводили КТ околоносовых пазух. По результатам исследования, острый экссудативный синусит выявлен, соответственно группам в 8,3; 10,3 и 17,8% случаев. В 16 исследованиях находили признаки гиперпластического синусита: кисты челюстных пазух с коллоидным содержимым, пристеночный отек слизистой оболочки в клетках решетчатого лабиринта, сужение просвета среднего носового хода и искривление перегородки носа. В лечении детей с острыми синуситами использовали ваккум-дренаж, пункции и дренирование челюстных пазух, деконгестанты.

Хирургическое вмешательство у детей с гиперпластическими синуситами предпочитали выполнять эндоназальным доступом с предварительной септум- операцией и обязательной ревизией структур среднего носового хода. Использовали вариант экономной резекции перегородки носа с реимплантацией отмоделированного фрагмента четырехугольного хряща. При выраженной гиперплазии нижних носовых раковин использовали методику ультразвуковой дезинтеграции или экономную резекцию задних концов раковин при их сосочковой гиперплазии. При санации пазух и формировании риностомы старались максимально щадить мукопериост. Со второго дня после операции использовали назальный солевой спрей (Аква-Марис стронг), спрей с флутиказоном или плацебо. Выписка из стационара осуществлялась на 7 сутки от момента операции. Оценивали эффективность лечения через 12-14 дней после операции. В целом использование спреев оказалось достоверно эффективнее, чем плацебо. Назальный гипертонический спрей достоверно быстрее устранял сухость слизистой оболочки полости носа: соответственно группам 8,3±0,3; 12,7±1.1 и 16,1±1,3 дней ($P<0,05$). Спрей с флютиказоном достоверно быстрее восстанавливал носовое дыхание: соответственно группам 12,1±0,3; 9,1±0,3 и 15,1±1,3 дней ($P<0,05$).

Заключение. Использование системы для промывания и спреев «Аква-Марис» у детей с назальной патологией и секреторными отитами показало достоверно лучший результат лечения, чем группа плацебо, а по эффективности использования оказалось сопоставимым с назальными топическими стероидами. В ходе амбулаторного лечении детей с ГЛК и секреторными отитами, ирригационная терапия полости носа и носоглотки с использованием системы для промывания «Ава-Марис» позволила достичь спонтанного излечения секреторного отита в 20% случаев. Использование гипертонического назального спрея «Аква-Марис стронг» при хирургическом лечении детей с сочетанной назальной патологией и секреторными отитами позволяет восстанавливать носовое дыхание и эффективно бороться с симптомами сухости слизистой оболочки достоверно быстрее, чем плацебо и так же эффективно, как назальные стероиды.

© *Д.Н. Кокоркин, 2011*

Д.Н. КОКОРКИН, А.Д. ГУСАКОВ (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «КАНДИБИОТИК» У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ СРЕДНИМИ ОТИТАМИ

Актуальность. Известно, что полноценному лечению детей со средними отитами препятствует резистентная микрофлора, в частности – микробно-грибковые ассоциации. Рост заболеваемости микозами в детском возрасте отмечается повсеместно. Инфицирование грибами нередко приводит к упорным рецидивам ХГСО. Среди причин распространения отомикозов называют длительное лечение антибиотиками и стероидами. Причем в 40-60% случаев заболевание остается нераспознанным, поздно диагностированным и неадекватно леченным, что значительно усугубляет его прогноз. По мнению В.Р. Чистяковой и И.В. Наумовой (2001) отомикоз встречается гораздо чаще, чем диагностируется. В 40-60% случаев заболевание остается нераспознанным, поздно диагностированным и неадекватно леченным, что значительно усугубляет его прогноз. В детском возрасте отомикоз достигает 13% от всех заболеваний среднего уха, а микотическое поражение послеоперационной трепанационной полости находят у 35% оперированных детей. По мнению Овчинникова А.Ю. (2010) бактериально грибковые ассоциации возбудителей могут быть выделены у 32% больных с ХГСО, при этом в 8% случаев грибковая флора может быть представлена ввиде монокультуры. При отомикозе из уха чаще всего выделяют грибы рода Aspergillus и Candida albicans, которые изначально являются условно-патогенными. Вторым по распространенности видом грибковой флоры, который вызывает отомикоз, является A. niger, характеризующийся белесоватым налетом, черными спорами и пленками. (Борисенко О.Н., 2007).

Материалы и методы лечения. Наблюдали и лечили 65 детей 5-15 лет: 40 пациентов с острыми отитами и 25 детей с обострениями ХГСО. Большинство детей с острыми отитами обращались в первые сутки заболевания с симптомами боли, лихорадки и интоксикации. При отоскопии выделены: острый катаральный средний отит с гранулезным мирингитом (n=15), буллезный острый средний отит (n=12), неперфоративный гнойный средний отит (n=13).

В первые сутки обращения накладывали парацентез, тушировали грануляции, выполняли парамеатальные блокады. Наблюдали хронические отиты: гнойно-деструктивная форма отита с грануляциями – 15 случаев и 10 детей с холестеатомой, грануляциями, обтурирующим полипом. Явные признаки отомикоза выявлены в 32 случаях: грязно-серые налеты на стенках слухового прохода, плесневые пленки при санации аттика, пастозность и гиперемия кожи слухового прохода и заушной складки.

Лечение и результаты. Клиника отомикоза сопровождалась характерными жалобами: стреляющие боли в ухе, болезненность при глотании, тризм. Проводили ежедневный аспирационный туалет, удаление грануляций и полипов. Во всех случаях использовали препарат Кандибиотик. Продолжительность лечения составила 10 дней. По показаниям использовали анальгетики и жаропонижающие препараты. Выраженная положительная динамика отмечена на 2 сутки у 78% детей с острыми отитами: исчезновение боли, тризма, интоксикации. Гноетечение из уха, пастозность и гиперемия барабанной перепонки сохранялась в течение 5 суток. Гиперемия и пастозность заушной складки сохранялась не более недели. У детей с ХГСО лечение предусматривалось как предоперационное. У 85% детей ежедневная санация с удалением пленок и грануляций, позволили прекратить гноетечение на 7-8 сутки, при этом гиперемия и пастозность заушной складки и слухового прохода сохранялась в течение 7-8 суток.

В лечении средних отитов в детском возрасте должна использоваться многокомпонентная терапия. На наш взгляд, в комбинированном препарате Кандибиотик наилучшим образом сочетаются возможности одномоментной антимикробной, фунгицидной, резорбтивной и болеутоляющей терапии.

Комплексный препарат Кандибиотик – комбинированный препарат для местного применения в ЛОР-практике. В состав препарата входит клотримазол – противогрибковое средство широкого спектра действия для местного применения. Противогрибковый эффект клотримазола (производное имидазола) связан с нарушением синтеза эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что изменяет проницаемость мембраны и вызывает последующий лизис клетки. Хлорамфеникол – бактериостатический антибиотик широкого спектра действия. Нарушает процесс синтеза белка в микробной клетке, проявляет устойчивую активность в отношении грампозитивных и грамнегативных возбудителей. Беклометазона дипропионат – глюкокортикостероид, оказывает активное противовоспалительное, противоаллергическое и противозудное действие. В состав препарата входит лидокаина гидрохлорид – местный анестетик, который замедляет проведение импульса по нервным волокнам за счет блокирования прохождения ионов натрия через мембрану. Лидокаин при местном применении отличается выраженным резорбтивным действием и приводит к уменьшению отека тканей наружного слухового прохода и ушной раковины. Кандибиотик одинаково успешно использовали у детей младшей (4-7 лет) и старшей возрастной группы. Наличие микробно-грибковой ассоциации возбудителей среднего отита диктует необходимость использование комплексных препаратов с одномоментным фунгицидным и антимикробным действием. По результатам наших многолетних наблюдений, наличие таких отитов в общем потоке, в разных возрастных группах, колеблется в диапазоне 24% до 45%. Предложенные ранее стандарты для лечения таких отитов предусматривают использование системной антибиотикотерапии. На наш взгляд, использование комплексного топического препарата Кандибиотик позволяет избежать нежелательных осложнений системной химиотерапии и сократить сроки лечения больных.

© *Д.Н. Кокоркин, А.Д. Гусаков, 2011*

А.С. КОНОШКОВ, К.В. ЛЕТЯГИН (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ТРАВМ НОСА

Переломы костей носа занимают третье место среди общего количества переломов человеческого скелета, являются самыми распространенными среди экстренных состояний ЛОР органов.

Наряду с обезображиванием лица для травм носа характерно развитие нарушения носового дыхания, которое неблагоприятно сказывается на работе дыхательной и сердечнососудистой систем, деятельности головного мозга.

Увеличение количества дорожно-транспортных происшествий, бытовых и техногенных травм, ухудшение криминогенной обстановки, привели к росту данной патологии.

Более половины пациентов (54,5%) требуют экстренной госпитализации в оториноларингологическое отделение.

Точную диагностику степени повреждения носового скелета в остром периоде травмы могут затруднять резкий отек мягких тканей и слизистой оболочки полости носа, наличие деформаций перегородки в средних и задних отделах, недоступных для осмотра при передней риноскопии, а также предшествующие старые травматические изменения.

В нашей клинике на протяжении последних нескольких лет разрабатывается тактика ведения больных с острой травмой носа. Предложен перечень обязательных мероприятий для подобных пациентов, включающих в себя: подробный и полный сбор анамнестических данных (определяется точный механизм травмы, оценка формы носа до повреждения).

Уточняем, отмечалось ли носовое кровотечение, что всегда сопряжено с наличием разрыва слизистой оболочки.

Наружный и внутренний осмотр: повреждение кожи и мягких тканей, степень деформации наружного носа, крепитация, патологическая подвижность.

При передней риноскопии отмечается наличие гематомы и видимой грубой деформации носовой перегородки.

Эндоскопическое исследование позволяет более точно определить характер повреждения НП и наметить объем хирургического вмешательства.

Вследствие определенной сложности рентгенологического изображения, проекционного искажения и наслоения изображений различных структур, визуализация направления смещения отломков при переломе костей носа оказывается в ряде случаев затруднительной.

При компьютерной томографии (КТ) анализируется не только костные и воздухоносные структуры лицевого отдела головы, но и мягкие ткани, что дает возможность оценить анатомические структуры внутренних органов послойно и дает возможность судить о топографии органов, локализации, характере протяженности патологического участка, его взаимоотношения с окружающими структурами.

КТ позволяет обнаружить изменения тонких костных структур и мягких тканей, сопутствующих повреждению носа и не могут быть выявлены при обычном рентгенологическом исследовании.

КТ в 40-50 раз более чувствительна по сравнению с классической рентгенографией, потому что позволяет дифференцировать плотность разных тканей в пределах 0,5-2% (при обычной R-графии этот показатель составляет 10-20%).

По данным эндоскопического исследования острая травма перегородки носа определялась в 17,1% случаев, а при КТ исследовании – в 31,4%, т.е. в 1,8 раза чаще.

В последние годы в нашей клинике при оперативных вмешательствах (ринохирургии) так же широко используется КТ с использованием мультипланарных реконструкций, которые позволяют судить о характере повреждения в трех плоскостях и более точно определить локализацию и объем операции.

Таким образом, детальная, подробная визуализация характера травматических повреждений костно-хрящевого остова носа при травме возможна только при использовании КТ.

Путем совершенствования организационных, диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с принципами современной реконструктивной ринохирургии можно улучшить функциональные и эстетические результаты у пациентов со свежими травмами носа.

© *А.С. Коношков, К.В. Летягин, 2011*

В.Г. КОРИЦЬКИЙ, В.А. БАШИНСЬКИЙ, І.М. ГОМЗА, В.А. ЛЕВЧУК, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, КРЕМЕНЕЦЬ, ЧОРТКІВ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ ТОНЗИПРЕТУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ФАРИНГІТІ У ДІТЕЙ

Хронічний фарингіт – це хронічне запалення слизової оболонки горла. Розрізняють хронічний катаральний, гіпертрофічний і атрофічний фарингіт. Із них найлегше перебігає катаральний фарингіт.

Лікування хронічного катарального фарингіту місцеве. Застосовуються лужні розчини у вигляді інгаляцій, зрошень, полоскань, протизапальні розчини (5% розчин альбуциду натрію, 2,5% розчин норсульфазолу та ін.). У вітчизня-

ній оториноларингології не використовувався препарат Тонзипрет в лікуванні хронічного катарального фарингіту.

Ми застосували Тонзипрет для лікування хронічного катарального фарингіту у дітей.

Тонзипрет – комбінований препарат рослинного походження. Випускається в таблетках для розсмоктування і в краплях для перорального застосування. До складу таблеток входять лаконіс американський, гваякове дерево, перець стручковий. Краплі містять лаконіс американський, гваякове дерево, перець стручковий, спирт етиловий. Лікарські рослини, що входять до складу препарату, містять сапоніни, флавоноїди, ефірні олії. Перець стручковий містить пекучі речовини капсаїциноїди, серед яких переважає капсаїцин. Завдяки цьому препарат володіє природним пекучим смаком, надає анальгезувальну і протизапальну дію. Лаконіс американський володіє також імуностимулювальною дією.

Тонзипрет показаний при гострих і хронічних запаленнях горла, гортані і мигдаликів (тонзиліт, ларингіт, фарингіт). При хронічних захворюваннях дорослим і дітям старше 12 років призначається 1-3 рази на день по 1 таблетці чи по 5-10 крапель, дітям від 6 до 12 років – не більше 2 разів на день по 1 таблетці чи по 5-10 крапель, дітям від 1 до 6 років – не більше 1-2 разів на день по 1 таблетці чи по 5-10 крапель.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 16 дітей, хворих на хронічний катаральний фарингіт, віком від 14 до 18 років.

Діти скаржились на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу. Під час фарингоскопії відмічались гіперемія і набряк слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла; слизова оболонка була вкрита в‘язким слизово-гнійним виділенням. Діти були поділені на 2 групи: основну (8 дітей) і контрольну (8). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання.

Діти основної групи отримували Тонзипрет, контрольної – загальноприйняте лікування. Тонзипрет призначався по 1 таблетці 3 рази на день, розсмоктуючи, але не розжовуючи і не запиваючи.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб’єктивна оцінка терапії дітьми та фарингоскопічна картина. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів фарингіту у дітей основної групи.

Скарги на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу у дітей, що приймали Тонзипрет, поступово зникли через 6 – 7 днів у 6 осіб. Решта 2 дітей відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла була рожевою, нормальної консистенції, без в‘язких слизово-гнійних виділень. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше – до 11-12-го дня лікування. Алергійних реакцій, нестерпності препарату Тонзипрет та інших небажаних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування Тонзипрету в лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Тонзипрет добре переноситься хворими дітьми, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для терапії дітей, які страждають на хронічний катаральний фарингіт.

© *В.Г. Корицький, В.А. Башинський, І.М. Гомза, В.А. Левчук, Р.Т. Чортківський, 2011*

І.А. КОСАКІВСЬКА, А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ НА НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИНАХ У ДІТЕЙ

При хронічному гіпертрофічному та вазомоторному риніті періодично виникає необхідність в хірургічних втручаннях на нижніх носових раковинах. Відомі різні методики операцій. Одні мають історичне значення, інші широко використовуються в клініці. Через травматичність операцій більшість авторів в даний час відмовляються від гальванокаустики нижніх носових раковин, конхотомії, лазерної хірургії. На сьогоднішній день не використовуються такі методи втручання на нижніх носових раковинах, як ін’єкції кортикостероїдів та склерозуючих препаратів, відеонейротомія, кріохірургія. Особливої уваги потребує вибір тієї чи іншої методики при лікуванні дітей.

Важливими умовами операцій на носових раковинах є: збереження слизової оболонки та мукоциліарного кліренсу, уникнення по можливості кровотечі, скорочення тривалості тампонади носа, відновлення носового дихання, попередження рецидивів захворювання.

Серед існуючих способів хірургічних втручань у дітей частіше використовуються ультразвукова дезінтеграція, підслизова вазотомія,

рідше радіочастотна хірургія. Основним недоліком перерахованих методик є наявність кровотечі під час операції або в післяопераційний період, що потребує проведення передньої тампонади носа. Остання порушує мукоциліарний кліренс, а також є причиною утворення кірок в порожнині носа в післяопераційний період, що потребує виконання туалету порожнини носа та подовжує час лікування.

Нами розроблено та успішно апробовано в клініці способи хірургічних втручань на носових раковинах з використанням електрозварюварювальних технологій, а також розроблені і апробовані біполярні пристрої для електротермоадгезії нижніх носових раковин та біполярний електрораспатор.

В більшості випадків при хронічному гіпертрофічному риніті та вазомоторному риніті при неефективності консервативного лікування проводили підслизову високочастотну біполярну електротермоадгезію нижніх носових раковин. При цьому через передній кінець раковини вводили біполярний електропристрій у формі циліндра з загостреним кінцем, при його переміщенні в товщі раковини по всій довжині діяли електричним струмом частотою 66 кГц. В якості електродів був використаний композитний сплав Cu+Mo. Струм вимикали після виведення електропристрою з раковини. При цьому кровотеча була відсутня у всіх випадках як під час операції, так і у віддаленому періоді, що дозволило в жодному випадку не проводити тампонаду носа. В післяопераційний період не спостерігалось утворення кірок, не було потреби в проведенні туалету порожнини носа, не порушувався мукоциліарний кліренс.

У дітей старшого віку, яким попередньо проводились хірургічні втручання на носових раковинах (як правило ультразвукова дезінтеграція носових раковин) і мав місце рецидив захворювання, проводили підслизову високочастотну біполярну вазотомію за допомогою біполярного електрораспатора. Під час операції і в післяопераційний період кровотечі не спостерігали. Тампонаду порожнини носа не проводили. Носове дихання при запропонованому способі лікування дещо погіршувалось в перші хвилини після операції, потім відновлювалось і зберігалось упродовж всього післяопераційного періоду. Перебіг післяопераційного періоду дозволив рекомендувати виписку пацієнтів із стаціонару на 2-й день після операції.

Таким чином, проведення хірургічних втручань на нижніх носових раковинах з використанням електрозварювальних технологій дозволяє уникати кровотечі, не проводити тампонаду носа, зберігати носове дихання в післяопераційний період та скоротити тривалість лікування.

© *І.А. Косаківська, А.Л. Косаковський, 2011*

І.А. КОСАКІВСЬКА, А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЕЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗІЯ НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИН У ДІТЕЙ

Вступ. Важливими умовами операцій на носових раковинах є: збереження слизової оболонки та мукоциліарного кліренсу, уникнення по можливості кровотечі, скорочення тривалості тампонади носа, відновлення носового дихання, попередження рецидивів захворювання. Особливої уваги потребує вибір тієї чи іншої методики при лікуванні дітей.

Метою дослідження було розробка та оцінка ефективності використанням електрозварюварювальних технологій при хірургічних втручаннях на носових раковинах.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням лікувалася 21 дитина з хронічним гіпертрофічним та вазомоторним ринітами у віці 12-17 років, у яких консервативне лікування було неефективним. Проводили підслизову високочастотну біполярну електротермоадгезію нижніх носових раковин. При цьому через передній кінець раковини вводили біполярний електропристрій власної конструкції. При його переміщенні в товщі раковини по всій довжині діяли електричним струмом частотою 66 кГц. В якості електродів був використаний композитний сплав Cu+Mo. В окремих випадках проводили підслизову високочастотну біполярну вазотомію за допомогою біполярного електрораспатора власної конструкції.

Результати та обговорення. Використання високочастотного біполярного електрозварювання біологічних тканин на носових раковинах дозволило скоротити тривалість оперативних втручань та уникнути кровотечі як під час операцій, так і в післяопераційний період, що дозволило в жодному випадку не проводити тампонаду носа. В післяопераційний період не спостерігалось утворення кірок, не було потреби в проведенні туалету порожнини носа, не

порушувався мукоциліарний кліренс. Носове дихання зберігалось упродовж всього післяопераційного періоду. Відмічено скорочення тривалості лікування. Ускладнень пов'язаних з використанням електрозварювальних технологій біологічних тканин не спостерігали.

Висновки. Проведення хірургічних втручань на нижніх носових раковинах з використанням електрозварювальних технологій дозволяє уникати кровотечі, не проводити тампонаду носа, зберігати носове дихання в післяопераційний період та скоротити тривалість лікування.

© *І.А. Косаківська, А.Л. Косаковський, 2011*

А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ, О.Ю. БРЕДУН, А.А. ЛАЙКО, Ю.А. МОЛОЧЕК (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ ВІКОМ ДО 1 МІСЯЦЯ

За даними ВООЗ до 15% дітей народжується з різноманітними вадами розвитку. Вроджені вади розвитку вуха, носа та гортані в дитячому віці також не є рідкістю. Серед вроджених аномалій ЛОР-органів перше місце займають різноманітні вади вуха, значно менше – вади носа та гортані. Ґенез вроджених вад розвитку вуха, носа та гортані достеменно не відомий.

Причина багатьох (40-60%) вроджених аномалій не визначена до теперішнього часу – це спорадичні випадки. Від 20% до 25% випадків вроджених вад розвитку викликані, так званими, «мультифакторними» чинниками, що мають комплексний вплив на організм матері та плода – частіше це поєднання мінімальних генетичних аномалій з несприятливим впливом навколишнього середовища. Ще 10-13% вроджених аномалій пов'язані тільки з несприятливим впливом навколишнього середовища (прийом наркотиків, інфекційні (TORCH) та інші захворювання вагітної матері, порушення дієти, отруєння алкоголем, свинцем, ртуттю, медикаментами тощо). І лише 12-25% вроджених вад розвитку мають чисто генетичне походження, більшість з них це хромосомні аномалії, що виникли внаслідок успадкування ураженого гену до однієї з гермінальних клітин, з якої і народжується новий організм.

Під нашим спостереженням на кафедрі дитячої оториноларингології НМАПО ім. П.Л. Шупика в період з 2005 по 2010 рр. знаходилось 59 дітей віком до 1 місяця з вродженими вадами розвитку. З них: вроджені вади розвитку вуха: гіпогенезія/агенезія зовнішнього вуха – 3, преаурикулярні нориці – 14, атрезія зовнішнього слухового ходу – 3; вроджені вади розвитку носа: двобічна атрезія хоан – 10 пацієнтів, агенезія зовнішнього носа – 1, хобот – 1; вроджені вади глотки: вроджений стеноз глотки – 1; вроджені вади гортані: ларингомаляція, стридор – 12, задня розщелина гортані – 1, вроджена мембрана гортані – 2; вроджені пухлини: гамартома носоглотки – 1, гемангіома носа – 1, гемангіома гортані – 4, ангіома носоглотки – 1, кіста гортані – 2, кіста гортаноглотки – 1, хористома носоглотки – 1.

Пацієнти з гіпогенезією/агенезією зовнішнього вуха та атрезією зовнішнього слухового ходу скеровані на лікування в дитячий відділ ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». Пацієнти з вродженими преаурикулярними норицями прооперовані у віці 3-5 років. Діти з двобічною вродженою атрезією хоан піддані хірургічному лікуванню в термін 3-10 днів від народження з довготривалим стентуванням сформованих хоан. 1 пацієнт з агенезією зовнішнього носа прооперований у ЛОР-відділенні (1-й етап – сформовані ніздрі), ще 1 з додатковим хоботом прооперований у відділенні щелепно-лицевої хірургії (1-й етап) та готуються до 2-го етапу операції. Дитині з вродженим компенсованим стенозом глотки проведено 2 курси бужування (від трахеостомії та хірургічного лікування стенозу батьки категорично відмовились). Пацієнтам з вродженою мембраною гортані проведено видалення мембрани з подальшим стентуванням гортані. Діти з ларингомаляцією та вродженим стридором не потребували хірургічного лікування та залишаються під спостереженням окрім 2 пацієнтів з декомпенсацією дихання, яким накладено трахеостому з подальшою пластикою верхнього відділу гортані, після чого діти деканульовані. Дитина з повною розщелиною задньої стінки гортані, яка поступила в клініку у віці 28 днів в неоперабельному стані з вираженою гіпотрофією та двобічною пневмонією, померла через 2 дні після госпіталізації. Всі діти з вродженими пухлинами піддані хірургічному лікуванню, а діти з вродженими гемангіомами – комбінованому лікуванню (призначення гормонів та/або видалення пухлини).

Діти з вродженими вадами розвитку ЛОР-органів мають бути своєчасно виявлені та прооперовані в спеціалізованій клініці. Це, в свою чергу, потребує відповідної підготовки спеціалістів за розділом отоларингологія новонароджених (по аналогії з хірургією новонароджених), що буде найближчим часом враховано у навчальних планах підготовки дитячих отоларингологів на кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

© *А.Л. Косаковський, О.Ю. Бредун, А.А. Лайко, Ю.А. Молочек, 2011*

А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ, Я.В. ШКОРБОТУН
(КИЇВ, УКРАЇНА)

НАШ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ОПТИЧНОКОНТРОЛЬОВАНОЇ АДЕНОТОМІЇ

Сучасні вимоги до виконання аденотомії передбачають достатнє видалення лімфоїдної тканини носоглоткового мигдалика, уникнення травмування навколишніх тканин, ефективне та безпечне знеболення під час оперативного втручання. Важливою умовою ефективного виконання оперативного втручання є забезпечення постійного оптичного контролю за процесом видалення тканини із склепіння носоглотки. Це забезпечує не лише більш повне видалення вегетацій, а і можливість «точного» їх видалення із достатнім наближенням до трубних валиків, що особливо важливо при наявності есудативного отиту у пацієнта, як ускладнення гіпертрофованих аденоїдних вегетацій.

З метою забезпечення візуалізації під час хірургічнго втручання ми застосовували гортанне дзеркало діаметром 2 см, що дозволяє достатньо ефективно контролювати хід оперативного втручання та практично не «заважає» працювати аденотомом під час оперативного втручання. На сьогоднішній день з цією ж метою виокристовуємо ендоскопічне обладнання: ендоскопи 4 мм 70° із відеосистемою та при необхідності ендоназального ендоскопічного контролю – 0°, 30° ендоскопи 4 та 2,7 мм. Перевагою застосування ендоскопів є більш широке поле зору, збільшення операційного поля, можливість зміни кута зору та відеодокументування ходу операції.

Проаналізовано 87 випадків аденотомії із візуальним котролем. Вік пацієнтів від 2 років 6 місяців до 12 років. Всі оперативні втручання виконувались під загальним знеболенням. Для видалення лімфоїдної тканини ми використовуємо як «традиційні» аденотоми (56 дітей), так і мікродебридер (34) та холодноплазмовий аблятор (16), у 19 випадках – комбінацію методів. При всіх вищезазначених методиках перевагу надаємо трансоральному доступу, намагаючись уникнути введення щільних інструментів у порожнину носу щоб уникнути утворення синехій в післяопераційному періоді. Проте не завжди можливо досягти видалення лімфоїдної тканини через порожнину роту, так у 7 (8,9%) випадках вегетації у склепінні носоглотки, що вростали у порожнину носу було видалено трансназальним доступом із оптичним трансоральним контролем.

Відмічено, що перевагою застосування мікродебридера та холодноплазмового аблятора є можливість досить прицільного видалення тканини, це особливо актуально при видаленні перитубарної лімфоїдної тканини у пацієнтів із порушеною функцією слухової труби.

Перевагою «традиційного» видалення аденоїдних вегетацій є коротка тривалість процедури, проте, для остаточного візуального контролю є необхідність очікування повного гемостазу під час втручання, і при потребі, виконання додаткового видалення тканини із повторним гемостазом.

Мікродебридер та холодноплазмовий аблятор є значно більш коштовними методами (насадки на вказані прилади є одноразовими) потребують додаткових навичок володіння вказаною технікою та ендоскопами, проте, забезпечують можливість достатнього поточного візуального контролю за рахунок аспірації під час процедури і, як наслідок, більшу точність при видаленні тканини. А при холодно плазмовій абляції – повний гемостаз досягається безпосередньо при видаленні тканини. Для оптимізації оперативного втручання ми спочатку видаляємо лімфоїдну тканину із склепіння носоглотки «традиційним» аденотомом, а далі видаляємо залишки за допомогою мікродебридера чи коблятора, що дозволяє забезпечити швидке та достатньо повне видалення аденоїдних вегетацій.

© *А.Л. Косаковський, Я.В. Шкорботун, 2011*

Л.В. КОТ, Е.И. МОРГУН, Н.Ф. БОЛОТИНА
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ С АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ

Полипозный риносинуит (ПРС) у пациентов с аспириновой триадой отличается более тяжёлым течением, частым рецидивированием и низкой чувствительностью к топическим стероидам. Наиболее рациональным методом лечения этого заболевания является медикаментозное, направленное на основные звенья патогенеза полипоза, и, как крайняя мера, – хирургическое (Лопатин А.С., 2001; 2002; Stammberger H., Hawke M.,).

В последние годы помимо традиционного лечения хорошо зарекомендовал себя метод десенситизации с использованием малых доз салициловой кислоты – 1-2-3 мг в сутки в течение нескольких месяцев (Чучалин А.Г., 2003 г). Аспириновая десенситизация облегчает течение БА, предупреждает рецидивирование полипоза, восстанавливает обоняние, значительно снижает потребность в ингаляционных стероидах (Мирошниченко А.П., 2004 г).

Целью нашей работы являлось повышение эффективности лечения полипозного риносинуита у пациентов с аспириновой триадой с помощью гомеопатического препарата (Ac. salicylicum C6).

Материалы и методы. В Донецком дорожном ринологическом центре наблюдалось 20 пациентов с аспириновой триадой. Мужчин было 7 (35,0%), женщин – 13 (65,0%). Возраст больных колебался от 30 до 65 лет, длительность заболевания – от 3 до 12 лет. У 10 (50%) пациентов ранее выполнялась полипоэтмоидотомия. На момент обследования у всех больных превалировали жалобы на выраженное нарушение носового дыхания. Они принимали топические стероиды интраназально длительное время, с умеренным эффектом. Течение бронхиальной астмы у всех пациентов было легким персистирующим, они постоянно использовали серетид 25/50 мкг по 2 ингаляции 2 раза в день. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы (по 10 человек в каждой): В контрольной группе пациенты получали топические стероиды (назонекс по 100 мг в каждую половину носа утром) и поддерживающие дозы серетида 25/50 мкг (по 2 ингаляции 2 раза в день). Больным основной группы, помимо топических и ингаляционных стероидов в тех же дозах, назначали гомеопатический препарат ac. Salicylicum. Методика применения классическая согласно гомеопатическим принципам: ежедневный приём препарата в низких разведениях (С6) в течение месяца с последующим переходом на приём препарата в высоких разведениях (С200) – 2 раза в неделю в течение 3-х месяцев и более. Эффективность проводимой терапии оценивали через 1 и 3 месяца. В качестве критериев эффективности лечения использовали риноскопическую картину, функции носового и внешнего дыхания. Носовое дыхание оценивали методом передней активной риноманометрии (ПАРм), а внешнее дыхание – спирометрии.

Полученные результаты и их обсуждение. У пациентов контрольной группы наблюдалось прогрессирование роста полипов с нарастанием симптомов носовой обструкции. Все они были прооперированы под прикрытием системной стероидной терапии с целью профилактики обострения бронхиальной астмы. У 7 (70,0%) пациентов основной группы уже через месяц наблюдалось улучшение носового дыхания, частичное восстановление обоняния, а через 3 месяца – выраженное улучшение носового дыхания, что подтверждено данными ПАРм: объёмный поток в среднем составил $632 \pm 12{,}1$ см^3/с; сопротивление воздушному потоку составило в среднем $0{,}24 \pm 0{,}8$ Па/см^3/с, что соответствует норме. У этих больных также наблюдалась положительная динамика функции внешнего дыхания (прирост объёма форсированного выдоха за 1секунду в среднем на 8%). У 3 (30%) пациентов этой группы положительная динамика была слабо выражена, носовая обструкция сохранялась. Им так же, как и пациентам первой группы, было выполнено оперативное лечение.

Выводы. Медикаментозная терапия полипозного риносинуита у пациентов с аспириновой триадой может включать десентисизацию с использованием салициловой кислоты в гомеопатических дозах. Такое лечение позволяет увеличить временной интервал между хирургическими вмешательствами, улучшает функциональный эффект.

© *Л.В. Кот, Е.И. Моргун, Н.Ф. Болотина, 2011*

В.В. КРИВША, О.О. ПЕЛЕШЕНКО, А.В. ГАРМАШЕВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ІМУНОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХГСО, УСКЛАДНЕНИЙ ЛАБІРИНТИТОМ

У хворих на ХГСО при отогенних ускладненнях визначаються різні по характеру і глибині порушення загальної імунологічної реактивності (Б.Г. Иськив, 1983; А.Д. Гусаков, Т.Д. Болквадзе, 1998; А.М. Талышанский, А.Р. Гараев, 2001). Тому є актуальним призначення даній категорії хворих імуномодулюючої терапії (Г.В. Онищенко, 2000; О.Ф. Мельников и соавт., 2001). Мета дослідження – підвищення ефективності лікування хворих на ХГСО з отогенним лабіринтитом шляхом використання імунокоригуючої терапії. Призначення імуно-модуляторів проводилось за показами після консультаційного заключення лікаря-імунолога. Основою для призначення імуномодуляторів були імунологічні порушення, виявлені у хворих на ХГСО. Враховували також той факт, що виконана операція на вусі, з призначенням в післяопераційному періоді антибіотиків і антигістамінних препаратів має імуносупресивну дію та поглиблює імунодефіцит.

Хворих на ХГСО, ускладнений лабіринтитом розподілено на дві групи. Пацієнтам з І-ї групи (30 хворих) поряд з традиційним комплексним лікуванням додатково призначали тимоген внутрішньом'язево по 0,1 г на протязі 7 днів (схема рекомендована виробником цього препарату). В ІІ групу включені 20 хворих, підібраних відповідно до попередньої групи. Пацієнти цієї групи отримали комплексне лікування, що поряд з хірургічним втручанням на вусі включало протизапальну, дезінтоксикаційну та дегідратаційну терапію. При імунологічному дослідженні у хворих І групи до призначення відповідного лікування виявлено порушення співвідношення субпопуляцій Т-лімфоцитів, зниження відносної (47,8±0,8%) і абсолютної (0,80±0,05 109/л) кількості Т-лімфоцитів, кількості Т-хелперів (відповідно 30,4±1,2 і 0,51±0,03 10 9/л), кількості Т-супресорів (відповідно 17,4±0,9 і 0,29±0,02 109/л). Індекс співвідношення Т-хелперів до Т-супре-сорів становив 1,74. Вміст В-лімфоцитів становив відповідно 27,1±1,4% і 0,49±0,02 109/л. Відмічено підвищення вмісту IgA (3,3±0,2 г/л), IgM (1,70±0,16 г/л), IgG (10,9±0,7 г/л) і ЦІК (85,8±4,1од.) та низький рівень фагоцитарного індексу (45,2±2,8%). При співставленні даних імунологічного обстеження хворих ІІ-ї групи до призначення імуномодулюючої терапії відносно показників І-ї групи суттєвої різниці в показниках не виявлено.

Після використання тимогену у хворих І-ї групи відмічалося зростання загальної кількості Т – лімфоцитів як у відносних, так і в абсолютних величинах (відповідно 54,1±1,5% і 0,92±0,089/л), Т-хелперів (відповідно, 34,9±1,2% і 0,58±0,049/л), Т-супресорів (відповідно, 18,2±0,8% і 0,31±0,03). Мала місце тенденція до нормалізації співвідношення Т-хелперів до Т-супресорів – 1,91. Зміни в показниках гуморального імунітету проявилися в нормалізації рівня В – лімфоцитів (відповідно 25,9±1,2% і 0,47±0,039/л) і зменшенні рівня ЦІК до 62,3±6,1 од. Зниження рівня ЦІК супроводжувалося підвищенням фагоцитарного індексу до 51,4±3,5%. Подібні зміни показників клітинно-го і гуморального імунітету у хворих ІІ-ї групи після лікування за стандартною схемою були менш вираженими. У хворих І-ї групи поряд з позитивними змінами імунограми відмічалось прискорення репаративних процесів та епідермізації в післяопераційній порожнині, зменшення ексудації, прискорення приживлення аутотрансплантатів. Дослідження підтверджує доцільність призначення в комплексному лікуванні хворих на ХГСО з лабіринтитом імуномодулюючих препаратів, що сприяє нормалізації показників клітинного і гуморального імунітету та прискоренню одужання пацієнтів.

© *В.В. Кривша, О.О. Пелешенко, А.В. Гармашева, 2011*

В.В. КРИВША, О.О. ПЕЛЕШЕНКО, Б.Г. ІСЬКІВ, А.В. ГАРМАШЕВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

МАСТОЇДОПЛАСТИКА «ОСТЕАПАТИТОМ КЕРАМІЧНИМ» ПРИ РЕОПЕРАЦІЯХ, ВИКОНАНИХ ХВОРИМ НА ХГСО

В наш час залишаються актуальними реконструктивно відновлювальні операції, які виконуються після раніше проведених сануючих загальнопорожнинних операцій у хворих на ХГСО, якщо в мастоїдальній порожнині продовжується каріозно-некротичний процес. Його

наслідком є, так звана, «хвороба трепанаційної порожнини». При наявності в післяопераційній порожнині гнійного ексудату, грануляцій, карієсу кістки необхідно провести детальну отомікроскопію порожнини, оцінити результати дослідження слухової труби, носа, глотки та призначити медикаментозну терапію. Відсутність позитивного результату від консервативної терапії є показом для проведення повторноїопераціїнавусі.Метаповторноїопераційї– повна санація порожнини вуха.

В отоларингологічній клініки НМАПО ім. П.Л. Шупика (зав. кафедри проф. Р.А. Абизов) за період 2007 – 2010 рр. проведено 24 реопераційї з приводу продовження отореї у хворих, яким була виконана загальнопорожнинна операція на вусі. Час, що минув від першого оперативного втручання становив від 1 до 15 років. У 5 хворих в завушній ділянці діагностовано норицевий хід, який сполучався з мастоїдальною порожниною. Реоперацію на вусі проводили під ендотрахеальним наркозом. При наявності великої мастоїдальної порожнини з каріозними змінами її стінок ми використовуємо завушний доступ. Відсепаровуємо всю епідермальну вистілку трепанаційної порожнини, видаляємо неповноцінні її ділянки, розкриваємо окремі недорозкриті клітини, видаляємо каріозну кістку, залишки латеральної стінки атика. При наявності високої «шпори» її поверхня згладжується. Проводиться мастоїдопластика. При реопераціях на вусі нами запропоновано оригінальний метод мастоїдопластики за допомогою «Остеоапатиту керамічного», який виготовлено на основі біологічного гідрооксиапатиту, цілком тотожного за складом мінеральних речовин кісткової тканини людини. Мастоїдальна порожнина щільно заповнюється гранулами остеоапатиту до рівня шпори, поверх прикривається вільним лоскутом фасції скроневого м'яза та вкладається відсепарована епідермальна вистілка. Відновлення задньої стінки слухового ходу проводиться за допомогою хрящового аутотрансплантата, взятого з вушної раковини пацієнта. При наявності нориці в завушній ділянці норицевий хід видаляли. На завушну рану накладаються пошарові шви. Призначається антибактеріальна терапія.

Запропонована методика дозволяє ліквідувати порожнину в соскоподібному відростку, відновити анатомічну структуру зовнішнього слухового ходу і отримати позитивний морфоє корисною при відсутності достатньої кількості пластичного матеріалу, що має місце у хворих після перенесених сануючих втручань на вусі. Застосування «Остеоапатиту керамічного» при великих сполученнях з мастоїдальною порожниною не потребує додаткової кісткової пластики нориці з використанням шкіряного лоскута на ніжці.

© *В.В. Кривша, О.О. Пелешенко, Б.Г. Іськів, А.В. Гармашева, 2011*

М.М. КРУК (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЛУХОВОЇ ТРУБИ ПРИ НЕГНІЙНИХ СЕРЕДНІХ ОТИТАХ

Хронічні негнійні середні отити особливо в дорослому віці є однією з причин втрати слуху. Ця патологія важко піддається лікуванню у зв'язку із багатофакторністю розвитку. Одним з факторів є порушення функціонального стану слухової труби.

Функціональній стан слухової труди (ФССТ) тісно взаємопов'язаний з функцією носа, при носових пазух, від ларинго- фаринготубарного рефлюксу, стану лімфо-аденоїдного кільця носоглотки. У свою чергу згідно з науковими дослідженнями професора Блувштайна, Такагаші, перетинчасто-хрящова частина слухової труби відноситься до системи верхніх дихальних шляхів, а її перешийок має значно складнішу функцію у забезпеченні аерації та дренування порожнин середнього вуха, ніж вічка параназальних синусів (помпоподібний рух верхньої та нижньої частини слухової труби, згідно I. Honjo, наявністі і розміщення війчастих та бокаловидних клітин, в'язкості секрету в трубі та поверхнево активних речовин).

Відомі три основні функції Євстахієвої труби (ЕТ): еквіпресорно-вентиляційна (аеродинамічна прохідність ЕТ, бароаккомодаційна), евакуаційна (дренажна, мукоциліарний кліренс), захисна (наявність імуноглобулінів, особливо секреторного IgA, лізоциму). Порушення хоча б однієї з них приводить до патологічних змін у порожнинах середнього вуха. Тому визначення однієї тільки прохідності ЕТ що звичайно проводиться (вушною манометрією запропонованою А. Політцером, удосконаленою В. Воячеком) є едостатнім для детального вивчення ФССТ.

Нами розроблено комплекс методик дослідження ФССТ:

- для еквіпресорно-вентиляційної – імпедансна тимпанометрія в динаміці, соно-

тубометрія, оптичний огляд носоглотки і глоткового вічка (сальпінгоскопія)
- евакуаційна – по стану мукоціліарного кліренсу слизової носа (сахариновий тест), визначення в слизу глоткового вічка сурфактантів (ПАР)
- захисна – виявлення у слизовій носоглотки, носа імуноглобулінів, особливо секреторного імуноглобуліну А, лізоциму.

Враховуючи що в аерації тимпанальної порожнини відіграють повітряні комірки системи сосковидного паростка, у хворих з хронічними негнійними середніми отитами, які одночасно мають риносинусит (бактерійного або алергічного ґенезу), ми проводимо комп'ютерну томографію приносових пазух та середнього вуха.

В залежності від отриманих показників комплексу обстежень визначається ступінь порушення ФССТ.

При обстеженні 109 хворих з адгезивним середнім отитом, ателектатичний отит 2-3 ст., виявлено порушення ФССТ середнього та важкого ступеню, а також різке зниження пневматизації середнього вуха. В розвитку хронічного середнього отиту важливу роль відіграють хронічний риносинусит з тубарною дисфункцією та зниженням об'єму пневматичних клітин соскоподібного паростка.

© *М.М. Крук, 2011*

М.Б. КРУК, М.М. КРУК (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЕКВІПРЕСОРНО-ВЕНТИЛЯЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ СЛУХОВОЇ ТРУБИ

Слухова труба (євстахієва) відіграє важливу роль у фізіології середнього вуха, виконуючи три основні функції: еквіпресорно-вентиляційну, дренажну (мукоциліарну), захисну. Термін «прохідність ЕТ» не відображає усі ці функції. Тому нами запропоновано в діагностиці роботи слухової труби термін – функціональний стан слухової труби (ФССТ), який включає показники визначення усіх функцій.

Еквіпресорно-вентиляційна функція забезпечується періодичним відкриттям слухової труби за допомогою м'язів напружувача та піднімача м'якого піднебіння. Ці механізми досить складні і залежать від багатьох факторів: стану м'язової системи, функції нервових сплетінь (барорецепторів, хорди тимпані і т.д.), анатомічної структури, забезпечує часткове відновлення внутрішньотимпанального тиску що необхідно для правильного функціонування кондуктивної системи середнього вуха, а також відновлення парціальних тисків газового складу (O_2, CO_2, N).

Для визначення цієї функції застосовують імпедансну тимпанометрію яка визначає еластичність барабанної перетинки, стан слухових кісточок а також внутрішньо барабанний тиск. Більше ніж 20 років тому, нами розроблена методика динамічної тимпанометрії при якій записується тимпанограма в спокої, при пробі Вальсальва, Тойнбі по аналогії вушної манометрії по Поліцеру та Воячеку). Наш досвід при обстеженні більше ніж 500 хворих такою методикою виявив: при оцінці кожного тесту необхідно звертати увагу не тільки на зміну положення тимпанограми (в сторону зниження тиску при пробі Тойнбі, в сторону значного підвищення інтратимпанального тиску при пробі Вальсальва і величини інтратимпанального тиску), а також на зміни конфігурації самої тимпанограми.

Імпедансна тимпанометрія неможлива при наявності перфорації барабанної перетинки а також при адгезивному середньому отиті, тимпаносклерозі.

Враховуючи той факт що на еквіпресорно-вентиляційну функцію впливає стан глоткового вічка, стан тубарного мигдалика ми з 70-х років застосовуємо огляд оптичним приладом (спочатку постриноскопом Флятау, пізніше сальпінгоскопами Зберовської-Хохлової, а в останні чотири роки ендоскопами Шторц з кутом огляду 0 і 30 градусів). Під час огляду виявляється одночасно патологічні зміни носової порожнини і приносових пазух, носоглотки, зображення записується на цифрові носії. При огляді 150 хворих з хронічними параназальними синуситами за даними тимпанометрії у всіх виявлено тубарну дисфункцію різного ступеню, а також катаральний ендосальпінгіт за класифікацією Терраколя-Зберовської. Отже хронічний риносинусит можна вважати однією з основних причин тубарної дисфункції.

© *М.Б. Крук, М.М. Крук, 2011*

М.Б. КРУК, М.М. КРУК, Р.М. ГЕРОН, В.В. ОЛАШИН, І.І. ФИРЦОВИЧ, А.Ю. ГАЄВСЬКИЙ, В.Ю. ГАЄВСЬКИЙ (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ РИНОСИНУСИТІВ

Хронічний запальний процес в приносових пазухах важко піддається лікуванню. За останні 20 років виявлено нові фактори, які впливають на протікання патологічного процесу та викликають хронізацію процесу в параназальних пазухах (змішана бактерійна флора, порушення мукоциліарної активності слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, біоплівки), що в кінцевому результаті привело до розробки нових методів консервативного та ощадливого хірургічного (функціональна ендоназальна ендоскопічна хірургія – FEES) лікування.

Патогенез параназальних синуситів.

В патогенезі риносинуситу приймає участь багато факторів, серед яких основними є: мікробна інфекція, в тому числі вірусна, алергічний процес, анатомічні дефекти і деформації порожнини носу та приносових пазух, вторинний імунодефіцит та інші. Процес починається з інфекції, викликаючи набряк і обтурацію природних дренажних вічок параназальних синусів, що веде до порушення мукоциліарного транспорту (МЦТ) і збільшення в параназальних синусах (ПНС) застійних виділень, колонізації в них патогенних бактерій.

Слід відмітити, що прохідність природних вічок блокується і в результаті набряку та гіперсекреції слизової при ГРВІ та алергічних ринітах.

В заблокованій пазусі створюється негативний тиск за рахунок всмоктування з пазухи кисню, що приводить до виділення в пазуху транссудату. В умовах зниженої аерації та наявності в пазусі транссудату, створюються оптимальні умови для розмноження патогенної мікрофлори, особливо анаеробної. За рахунок запального процесу, накопичення в пазухах транссудату та блокади пазух створюється позитивний тиск, який викликає відчуття «розпирання» або болі у відповідних ділянках обличчя.

Мета роботи.

Розробити комплексну методику лікування хронічного риносинуситу (алгоритм).

Методики обстеження та їх результати

За період 2010-2011 рр. на базі ЛОР-відділень Львівської обласної клінічної лікарні, нами обстежено і проліковано 207 хворих на хронічний гнійний параназальний синусит (ХГНПС) віком від 16 до 68 років.

Всі хворі з хронічними гнійними параназальними синуситами були розділені на 2 групи: основна – 207 осіб та контрольна – 50 осіб.

Ми застосовуємо тактику лікування риносинуситу, яка полягає в використанні почергово або в поєднанні багатьох лікарських препаратів, які впливають на різні ланки патогенезу (антибактерійні препарати, нестероїдні протизапальні препарати, мукоактивні препарати, в тому числі відповідні фітопрепарати, судинозвужуючі спреї, індуктори інтерферону, а також місцеві спреї морської води – носові душі, в поєднанні з ендоназальними глюкокортикостероїдами).

На основі наших спостережень ПНС частіше рецидивує в тих випадках, коли антибактерійна терапія проводиться короткотривало. Тому при хронічних ПНС ми, в залежності від результатів посіву на мікрофлору та стану пацієнта, застосовували комбінації антибіотиків: амоксиклав або цефтріаксон – 10 днів, опісля флемоклав солютаб або азитроміцин – 6-7 днів. Якщо хворий отримував антибіотики пеніцилінового ряду, починали лікування з кларитроміцину подовженої дії 7-10 днів, опісля гатіфлоксацин 6-7 днів. Тривалість антибактерійної терапії підбиралась індивідуально.

В комплексному лікувнні призначались мукоактивні препарати (АЦЦ, синупрет), індуктори інтерферону (ліпоферон, циклоферон, протефлазид, імупрет), НПЗП (селективні в свічковій формі). Місцево при гнійному процесі під час пункцій та промивання порожнини синуса – розчин гатіфлоксацину (тебрис) і орнідазолу (мератин), з попереднім промиванням антисептиком (декасан, октанісепт).

Висновок.

Наш досвід в лікуванні хронічного риносинуситу показав необхідність комплексного лікування, яке б впливало на всі ланки патогенезу розвитку хронічного риносинуситу.

© *М.Б. Крук, М.М. Крук, Р.М. Герон, В.В. Олашин, І.І. Фирцович, А.Ю. Гаєвський, В.Ю. Гаєвський, 2011*

А.А. КУРУСЬ, Е.Б. КАТИНАС (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

К ВОПРОСУ О ДЕСТРУКЦИИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ПРИ МУКОЦЕЛЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Мукоцеле – хроническое поражение околоносовых пазух. Оно обусловлено нарушением функционирования естественного соустья пазухи с последующим накоплением слизистого секрета. Мукоцеле выстлано типичным для пазухи эпителием, но длительное давление содержимого приводит к его склерозированию и формированию капсулы, а также ремоделированию и эрозии костных стенок пазухи. Это, в свою очередь, существенно изменяет костную архитектуру и может приводить к распространению мукоцеле в соседние области, такие как глазница и полость черепа.

Возможными причинами формирования мукоцеле могут быть инфекционное и асептическое воспаление, травма, хирургическое вмешательство. Хотя, зачастую, в истории болезни не находится явных предпосылок формирования мукоцеле.

В качестве симптомов можно отметить неспецифическую головную и лицевую боль, экзофтальм, диплопию и заложенность носа.

Наилучшим методом визуализации мукоцеле является компьютерная томография. На КТ мукоцеле проявляется в виде безвоздушной полости, заполненной гомогенным содержимым. Стенка пазухи может быть изменена по типу истончения, утолщения или эрозии различной степени выраженности. Отличить мукоцеле от ретенционной кисты, образующейся при закупорке протока слизистой железы, можно по наличию воздуха над образованием, так как кисты редко заполняют весь объём пазухи.

Предпочтительным методом лечения является вскрытие синуса, удаление содержимого мукоцеле и создание адекватного дренажа пазухи через естественное соустье.

В нашей клинике за 2010 год было пролечено четыре больных с диагнозом мукоцеле околоносовых пазух.

В двух случаях определялось тотальное затенение латерального отдела лобной пазухи с четко прослеживающейся медиальной стенкой костной плотности. В одном случае на КТ определялось истончение глазничной стенки, в другом – истончение мозговой стенки и разрушение глазничной с распространением мукоцеле в глазницу и смещением глазного яблока, с чем были связаны жалобы на диплопию.

В третьем случае при жалобах на заложенность носа и небольшое мягкотканое образование медиального угла глаза на КТ определялось тотальное затенение правой верхнечелюстной пазухи, распространение содержимого через клетки решётчатого лабиринта и разрушенную продырявленную пластинку (lamina cribrosa) в переднюю черепную ямку с компрессией базальных отделов лобных долей. Из полости черепа через деструкцию в мозговой стенке патологические массы распространялись в левую лобную пазуху и через её глазничную стенку в левую орбиту.

В последнем случае вследствие предшествовавшей расширенной операции на верхнечелюстной пазухе, обусловившей костно-деструктивные изменения лицевого скелета, отмечалась существенная дислокация книзу глазного яблока за счёт гемилатерального мукоцеле лобной пазухи.

В первых двух случаях выполнена фронтотомия и удаление мукоцеле, причём во втором была сохранена капсула над участком деструкции мозговой стенки. В третьем случае выполнено правостороннее вскрытие верхнечелюстной пазухи, этмоидотомия и левосторонняя фронтотомия с удалением содержимого и сохранением капсулы мукоцеле. В последнем случае помимо фронтотомии и удаления мукоцеле потребовалась реконструкция нижней орбитальной стенки сетчатой титановой пластиной «Конмет»®. Во всех случаях был установлен трубчатый дренаж на 20 дней для формирования носолобного соустья.

Таким образом, мукоцеле является значимой причиной деструкции костей лицевого черепа и стенок орбиты, что может привести как к выраженным косметическим, так и к существенным функциональным нарушениям. А в случае разрушения мозговой стенки возможно возникновение угрозы жизни.

© *А.А. Курусь, Е.Б. Катинас, 2011*

Е.Г. ЛАДАРИЯ, В.Г. ЯГЕЛЬСКИЙ, Е.В. ЯГЕЛЬСКИЙ
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НОСА

Совершенствование хирургических методик, анестезиологического обеспечения и достижения фармакологической промышленности стимулировали развитие и широкое распространение во всем мире эстетической хирургии. Одной из самых популярных и наиболее сложных операций в пластической хирургии является риносептопластика (РСП).

РСП обычно проводится пациентам активного возраста, для которых важно сокращение сроков эстетической и социальной реабилитации. Одним из патогенетически обоснованных методов, способствующих ускорению восстановительных процессов после операции, является метод гипербарической оксигенации (ГБО). Лечебный эффект применения кислорода под повышенным давлением достигается за счет увеличения pO_2 в плазме крови, и, следовательно, улучшения его доставки к клеткам, находящимся в состоянии гипоксии, которая сопровождает оперативные вмешательства.

Целью нашей работы являлось изучение результатов применения метода гипербарической оксигенации в раннем реабилитационном периоде после риносептопластики.

Материалы и методы. В отделении интенсивной терапии гипербарической оксигенации КЛПУ «Областная клиническая больница профзаболеваний» было пролечено 73 пациента после РСП в возрасте от 17 до 35 лет, которые вошли в основную группу. Контрольную группу составили 60 человек после РСП без включения ГБО в послеоперационную реабилитацию. Всем пациентам выполнены открытые РСП в ЛОР-клинике ИНВХ. Обе группы были сопоставимы по возрасту, объему оперативного вмешательства и течению послеоперационного периода.

ГБО-терапия проводилась в барокамерах ОКА-МТ и БЛКС-303 МК. Курс лечения составлял от 10 до 15 сеансов ГБО на режимах 2,0±0,18 ата с экспозицией 40-60 минут, время компрессии – 10-15', декомпрессии – 10-15'. Сеансы начинали с третьих суток после операции.

Эффективность ГБО у больных после РСП в раннем послеоперационном периоде оценивали по следующим критериям: общее состояние; восстановление носового дыхания, обоняния, функции слуховой трубы, кожной чувствительности; регресс гематом и инфильтрации мягких тканей лица; длительность нетрудоспособности.

Полученные результаты и их обсуждение. Сроки восстановления функциональных и эстетических показателей в основной группе оказались значительно меньше, чем в контрольной. Так, в основной группе в отличие от контрольной восстановление носового дыхания произошло быстрее на 8,0±1,8 суток, обоняния – на 7,2±2,1, функции слуховой трубы – 8,6±2,6. Регресс отеков и гематом у пациентов основной группы проходили быстрее на 12,1±3,3 и 13,2±2,9 суток. Сроки восстановления кожной чувствительности уменьшились на 12,5±1,9 суток.

Период восстановления социальной активности и трудоспособности на фоне ГБО был на 12,4±2,8 ($p<0,05$) дней меньше, чем в группе контроля.

Выводы. Применение гипербарической оксигенации является патогенетически обоснованным методом восстановительного лечения пациентов, перенесших риносептопластику, и приводит к значительному уменьшению сроков эстетической и социальной реабилитации, что позволяет рекомендовать его как компонент комплекса реабилитационных мероприятий в эстетической хирургии носа.

© *Е.Г. Ладария, В.Г. Ягельский, Е.В. Ягельский, 2011*

А.А. ЛАЙКО, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Ю.В. ГАВРИЛЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЕННЯ СЛУХОВОЇ ТРУБИ У ДІТЕЙ

Хронічне запалення слухової труби має велике соціальне значення, тому що є причиною виникнення приглухуватості різного ступеня по типу ушкодження звукопровідного апара-

ту, виникнення секреторного середнього отиту, з'являються ретракційні кишені і виникають холестеатоми середнього вуха і все це негативно впливає на психоемоційний розвиток дитини.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування дітей, хворих на запалення слухової труби, на основі удосконалення діагностики і розробки тактики лікування дітей з даною патологією.

За 2008-2010 рр. було обстежено 132 дітей, хворих на запалення слухової труби під час проведення курсу лікування в ЛОР-відділенні Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», а також в ЛОР-кабінеті міського медичного центру проблем слуху та мовлення «СУВАГ» м. Києва. Клінічний діагноз встановлювався на основі скарг, анамнестичних даних, результатів оториноларингологічного обстеження, ендоскопічного обстеження порожнини носа та глоткового отвору слухової труби, рентгенографії приносових пазух (за необхідністю), акустичної імпедансометрії, аудіометрії. Також проводились загальнолабораторні, вірусологічні, мікробіологічні та імунологічні дослідження з використанням сучасних методів та інструментів.

Результати: У 235 спостереженнях (вуха) з 132 дітей (264 вуха) виявлено тимпанограму типу «С» з показниками тиску в барабанній порожнині від – 50 daPa до – 400 daPa, у 12 спостереженнях (вуха) – зафіксовано тимпанограму типу «В», а у 17-ти – тимпанограма типу «А». Аналіз даних акустичної тимпанометрії у дітей, хворих на запалення слухової труби, проводився із урахуванням кількісних показників тимпанометрії: значення комплiансу і градієнту. Встановлено, що у здорових дітей з нормальним слухом значення комплiансу (0,65±0,02) достовірно відрізняються ($p<0,01$) від таких же показників тимпанограми у дітей, хворих на запалення слухової труби (0,43±0,05). Значення градієнту у хворих дітей (0,33±0,02) є більш ніж у двічі меншим за таке ж значення ($p<0,01$) в порівнянні з дітьми без запалення слухової труби (0,71±0,03).

При вірусологічному дослідженні (n=11) у дітей, хворих на запалення слухової труби, було виявлено сліди вірусів грипу та парагрипу по 1 випадку. Аналіз бактеріологічного дослідження виявив, що у мікробіологічному обстеженні глоткового отвору слухової труби у дітей (n=30) в більшості випадків – 78% виявляється монокультура, а в 22% випадків мікробні асоціації. Видовий склад мікрофлори найчастіше є: непатогенні нейсерії – 19,98%; Staph. aureus – 16,65%. За результатами імунологічного дослідження встановлено, що у дітей, хворих на запалення слухової труби, спостерігаються відхилення в параметрах місцевого імунітету, а саме: зниження вмісту sIgA і відносного вмісту лактоферину в ротоглотковому секреті при одночасному підвищенні рівня прозапальних цитокінів.

У комплексному лікуванні дітей, хворих на запалення слухової труби, поряд із стандартою терапією, застосовували місцево тіотріазолін та мірамістин. При проведеному аналізі динаміки об'єктивних показників, даних тимпанометрії та контролю імунологічних досліджень встановлено, що протягом лікування відмічається вірогідно позитивна динаміка у хворих дітей у групах, де проводилось комплексне лікування з використанням імуномодулятора місцево, а найкращі результати спостерігались у групі дітей, де проводилось стандартне лікування з місцевим застосуванням тіотріазоліну та мірамістину.

Висновки: таким чином, основним об'єктивним методом ранньої діагностики запалення слухової труби у дітей, в тому числі при малосимптомному перебігу, є акустична імпедансометрія в динаміці в стані спокою, при пробах Тойнбі та Вальсальви з визначенням кількісних показників тимпанометрії: значення комплiансу і градієнту.

Найбільш ефективним методом в комплексному лікуванні дітей, хворих на запалення слухової труби, є дія локально імунотропного препарату тіотріазоліну в поєднанні з ендоназальними інгаляціями мірамістину.

© *А.А. Лайко, О.Ф. Мельников, Ю.В. Гавриленко, 2011*

А.А. ЛАЙКО, Л.А. ШУХ, В.В. СЕГАЛ, Н.Ю. ПАВЛОВСЬКА
(КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ «КЛАПАНА» НОСА

Найвужчим місцем, що визначає ступінь носової резистентності і регулює об'єм повітряного потоку, є ділянка біля переднього кінця нижньої носової раковини. «Клапан» носа обмежується медіально перегородкою носа, латерально – кістковим краєм грушоподібного отвору з прилеглою фіброзно-жировою тканиною, зверху – нижньою частиною латераль-

ного хряща, знизу – дном порожнини носа, ззаду – переднім кінцем нижньої носової раковини. Він нагадує гострий кут, який дорівнює 10-15 градусів та має різний розтин у верхньому та нижньому відділах. Клапан може бути звуженим виступаючою медіальною ніжкою великого крильного хряща, підвивихом хряща перегородки носа, гіпертрофованою нижньою носовою раковиною та виступаючим переднім краєм латерального хряща. Патологія носового клапана буває у хворих з ринолордозом та ринокіфозом.

В ЛОР-клініці Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» за останні п'ять років знаходилось на лікуванні 22 хворих зі стенозом носового клапана у його верхніх відділах за рахунок аномалії розвитку порожнини носа. З латеральної стінки порожнини носа проходила вроджена складка, яка прикривала верхній відділ клапана носа, внаслідок чого було затруднення носового дихання. Під час оперативного втручання на перегородці носа вроджена складка висікалась на протязі 10-12 мм, після чого відновлювалося носове дихання. У післяопераційному періоді проводилась тампонада марлевими турундами, просоченими левомеколевою маззю, до повного формування клапана носа. Строки спостереження за хворими складали від одного року до трьох років. Не було стенозу клапана носа, носове дихання задовільне.

Таким чином, спосіб розширення клапана носа при аномалії розвитку порожнини носа дозволяє досягнути стійкого функціонального результату.

© *А.А. Лайко, Л.А. Шух, В.В. Сегал, Н.Ю. Павловська, 2011*

О.Е. ЛАМЗА, В.В. КОВТУНЕНКО, В.Л. БОРОДУЛЯ
(ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ ЛОР ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ Г. ДНЕПРОПЕТРОВСКА

Одной из актуальных задач периода реформирования здравоохранения является создание эффективной системы управления качеством оказания медицинской помощи населению, что предполагает совершенствование как амбулаторно-поликлинической, так и ургентной стационарной помощи. Несмотря на внедрение новых, эффективных способов борьбы с инфекцией, удельный вес патологических процессов, при которых требуется неотложная ЛОР-помощь, остается достаточно высоким – в пределах 18-38% от общего числа госпитализированных, не имея тенденции к снижению. Это объяснимо увеличением процентного числа наиболее вирулентных штаммов микроорганизмов, устойчивостью к антибактериальным препаратам, неоправданно продолжительным самолечением и запоздалым обращением к оториноларингологу.

Необходимы исследования, посвященные количеству и структуре ургентных заболеваний уха и верхних дыхательных путей, а также анализу своевременности и качества оказания этому контингенту больных лечебно-диагностической помощи в условиях стационара.

Целью исследования было проанализировать структуру ургентной патологии ЛОР-органов, а также качество оказания ургентной ЛОР помощи жителям г. Днепропетровска.

Вся ургентная ЛОР-помощь жителям г. Днепропетровска оказывается на базе одного специализированного ЛОР-отделения для данной категории больных в городской больнице №8. Нами проведен анализ историй болезней за 2010 г. в сравнении с показателями 2009 г.

За 2010 г. в больницу обратилось 6978 пациентов с острой ЛОР-патологией, из числа обратившихся в приемное отделение госпитализировано в отделение для стационарного лечения 1263 (18,1%), что на уровне 2009 г.

Как показал анализ в структуре ургентных заболеваний ЛОР-органов, в 2010 г. первое место занимала патология носа и околоносовых пазух (600 человек, 47,5%): острый и обострение хронического синусита (416 человек), носовое кровотечение (17), травмы носа и/или околоносовых пазух (88), фурункул носа (79); на втором месте – патология глотки (315 человек, 24,9%): паратонзиллярный абсцесс – у 313 человек; на третьем месте патология уха (231 человек, 18,3%): при этом острый гнойный средний отит – 84 человека; на четвертом месте инородные тела пищевода (27 человек 2,1%). Мужчины и женщины нуждались в срочной госпитализации в ЛОР-стационар одинаково часто (52,5% и 47,5% соответственно) в большинстве случаев самого трудоспособного возраста (20-49 лет, 57,7%). При сравнении показателей с 2009 годом они не имели достоверных отличий.

Анализ основных показателей работы отделения показывает их соответствие по Украи-

не: средний койко-день 8,2; проведено операций 808, хирургическая активность 69,2%, летальность 0,0%.

Таким образом, ургентная лечебная тактика наиболее эффективна при строгом выполнении всего комплекса официально установленных диагностических и лечебных мероприятий.

Проведение регулярных курсов консервативного лечения и своевременное направление на плановое хирургическое вмешательство больных с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, является одним из решающих моментов в профилактике осложнений и развития ургентных состояний.

Важным компонентом дальнейшего совершенствования оказания ургентной помощи оториноларингологическим больным в условиях реформирования отрасли в крупных городах является организация оказания круглосуточной неотложной ЛОР-помощи в специализированных центрах с концентрацией в них наиболее современного медицинского оборудования, специалистов – анестезиологов, а также постоянное повышение квалификации врачей отоларингологов.

© *О.Е. Ламза, В.В. Ковтуненко, В.Л. Бородуля, 2011*

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

НАШ ДОСВІД ПО ЛІКУВАННЮ ПАТОЛОГІЇ ГЛОТКИ У ВАГІТНИХ

Серед захворювань глотки виділяють: гострі і хронічні; специфічні і неспецифічні; враження верхнього, середнього та нижнього поверху глотки; бактеріальні, вірусні, грибкові і змішані; фарингіти та тонзиліти; легкого, середнього та важкого перебігу та ін. В наш час найбільш часто зустрічається хронічне враження піднебінних мигдаликів (ПМ) – хронічний тонзиліт (ХТ). Захворюваність на ХТ серед населення складає за даними різних авторів від 5 до 28% населення, а серед хронічних ЛОР-хворих – 45-50 %.

Проблема взаємозв'язку ХТ з різними захворюваннями внутрішніх органів стала актуальною у наш час, що обумовлено збільшенням ХТ та поєднаних з ним захворювань. Проведені статистичні дослідження показали, що у жінок репродуктивного віку, які страждають на ХТ, достовірно частіше, ніж у чоловіків, зустрічаються хвороби системи кровообігу, ревматизм та хвороби нирок. Якщо вважати ХТ – тільки довготривало перебігаючим процесом у ПМ, то навряд чи цьому захворюванню необхідно було б приділяти стільки уваги. ХТ – це процес постійної взаємодії лімфоїдної тканини та вмісту лакун ПМ (гнійний детрит з елементами чужорідного білку, токсини як результат життєдіяльності патогенної флори, самі мікроорганізми, загиблі епітеліальні клітини зі стінок лакун ПМ, аліментарні частинки).

Останнім часом спостерігається великий інтерес до інфекційних захворювань матері та їх ролі у передачі перинатальної захворюваності й смертності дітей. Одним з цих захворювань є ХТ. Тому постає питання про тактику ведення вагітних при наявності у них ХТ. Лікувати або не лікувати жінку під час вагітності тепер розглядається в іншій площині – яким має бути це лікування. Раніше його проводили і не думали про плід, розраховуючи, що йому не можливо зашкодити. По цій же причині не було обмежень у використанні методів дослідження під час вагітності. На сьогоднішній день з'явилась можливість лікувати не всліпу, а чітко знаючи переваги та недоліки ліків, які застосовуються. Терапія ЛОР-захворювань у вагітних залишається світлою плямою у структурі оториноларингології. Для терапії запальних захворювань глотки у вагітних була застосована нафталанотерапія, тонзилектомія на пізніх строках вагітності, пеніцилін, стрептоміцин у вигляді ін'єкцій та еритроміцин per os. Ці методи лікування не знайшли широкого використання під час вагітності, застосування ототоксичних антибіотиків заборонено на сьогоднішній день. Пам'ятаючи про негативний вплив захворювань ЛОР-органів на перебіг вагітності та наслідок пологів є необхідність подальшого пошуку засобів найбільш ефективного впливу на запальний процес, які не мають негативного впливу на стан вагітної та плід.

Нами було проліковано 105 вагітних жінок різних триместрів вагітності, які хворіють на хронічний тонзиліт. Для них визначили напрямки лікування: підвищення реактивності організму, гіпосенсибілізуючі засоби (препарати кальцію, антигістамінні препарати), засоби місцевої дії на ПМ з метою санування: масаж ПМ – за допомогою вібромасажера з індивідуальними насадками спеціальної форми, череду-

ючи з шпательним масажем; промивання лакун ПМ розчинами антисептиків: змащування ПМ масляним розчином хлорофіліпту, сангвірітріном, УФО на ПМ. Після проведеного лікування спостерігали зменшення прояву як об'єктивних ознак ХТ, так і суб'єктивних відчуттів вагітних жінок, покращення імунологічних показників ротоглоткового секрету. При проведенні комплексного лікування ХТ відбувалось покращення клінічного стану вагітних: 90 % жінок відмічали зникнення таких ознак ХТ як відчуття стороннього тіла у горлі, кашель, першіння, неприємний запах з роту, загальну слабкість і т.д

Отже, враховуючи позитивну динаміку при застосуванні комплексного методу лікування ХТ під час вагітності рекомендуємо його до використання у щоденній практиці ЛОР-лікаря.

© *К.А. Лобко, В.В. Кіщук, А.Д. Лобко, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, А.І. Барціховський, 2011*

Е.В. ЛУКАЧ, Ю.О. СЕРЕЖКО, Є.І. КЛОЧКОВ, В.Я. ДІХТЯРУК, В.В. СТРЕЖАК, Є.М. ЦИМБАЛЮК, Н.В. ЗАЙЦЕВА
(КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІМІОПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА РАК ГЛОТКИ З РЕҐІОНАРНИМИ МЕТАСТАЗАМИ

Мета. Визначити ефективність неоад'ювантної хіміотерапії (ХТ) у хворих на рак ротового та гортанного відділів глотки з регіонарними метастазами.

Матеріали та методи. Лікування 36 хворих на рак ротового та гортанного відділів глотки III-IV стадії (T_1-$4N_{1-3}M_0$) починали з двох циклів неоад'ювантної ХТ. У 10 хворих за схемою карбоплатин 350 мг/м^2 у 1-й день, 5-фторурацил 800-1000 мг/м^2 1-5 дні (I група). У 26 хворих за схемою паклітаксел 180 мг/м^2 у 1-й день, карбоплатин 350 мг/м^2 у 1-й день, 5-фторурацил 800-1000 мг/м^2 1-5 дні (II група). Телегаматерапія первинної пухлини та зон регіонарного метастазування за розщепленою методикою до СВД-65 Гр.

Результати. Безпосередній результат, через 1 місяць після лікування, був наступним. Повна клінічна регресія метастазів відмічена у одного хворого першої групи ($T_3N_3M_0$) та у 6 (23%) хворих II групи ($T_2N_1M_{0-1}$, $T_2N_2M_{0-1}$, $T_3N_1M_{0-2}$, $T_3N_2M_{0-2}$). Частковий регрес пухлини спостерігався у 3 хворих першої групи ($T_3N_1M_{0-2}$, $T_3N_2M_{0-1}$) та у 13 хворих II групи ($T_2N_2M_{0-2}$, $T_3N_1M_{0-4}$, $T_3N_2M_{0-7}$). Стабілізація пухлинного росту у 4 хворих першої групи ($T_1N_3M_{0-1}$, $T_3N_1M_{0-3}$) та у 5 хворих II групи ($T_2N_2M_{0-1}$, $T_3N_1M_{0-2}$, $T_4N_2M_{0-2}$). Прогресія хвороби спостерігалась в обох групах у 2 хворих.

Проведене консервативне лікування показало достовірне підвищення у 2 рази об'єктивної відповіді (повний та частковий регрес пухлини) у хворих другої групи після курсу неоад'ювантної поліхіміотерапії із застосуванням паклітакселу, карбоплатини, фторурацилу в порівнянні з першою групою із традиційним двохкомпонентним режимом поліхіміотерапії карбоплатин-фторурацил

В подальшому, при залишковій пухлині проводили хірургічне втручання на первинному осередку та регіонарних метастазах. При неможливості оперативного лікування проводили паліативні курси хіміотерапії або хіміопроменевої терапії.

Висновки. Можна вважати, що схема ХТ з паклітакселом є оптимальною при неоад'ювантному лікуванні первинних хворих на рак III-IV стадії ротового та гортанного відділів глотки з регіонарними метастазами. Неоад'ювантна ХТ при подальшому променевому лікуванні дає близько 23 % повної регресії первинного осередку та регіонарних метастазів. Застосування на першому етапі хіміопроменевого лікування дає змогу зменшити об'єм хірургічного втручання або взагалі його уникнути, у певного відсотка хворих, навіть при двохкомпонентному режимі ХТ.

© *Е.В. Лукач, Ю.О. Сережко, Є.І. Клочков, В.Я. Діхтярук, В.В. Стрежак, Є.М. Цимбалюк, Н.В. Зайцева, 2011*

В.І. ЛУЦЕНКО, А.І. РОЗКЛАДКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

МОЖЛИВОСТІ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЦІЛОРІЧНОГО АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ

Цілорічний алергічний риніт (ЦАР) є актуальною проблемою алергології та оториноларингології. Все більшого значення, крім побутових, епідермальних та пилкових алергенів, в етіології риніту має умовно патогенна, сапрофітна мікрофлора, віруси, гриби, найпростіші, глистна інвазія, екологічні фактори. Відомо, що місцеві клінічні прояви алергічного риніту (АР) нерідко супроводжуються порушеннями з боку різних органів і систем. Все це зумовлює складні зміни в організмі хворих на алергічні риніти, що необхідно враховувати при розробці адекватної терапії.

В сучасній алергології в основу терапії алергічних захворювань закладені чотири основні принципи: 1) елімінаційна терапія; 2) специфічна імунотерапія; 3) лікування алергічного запалення на системному та локальному рівні; 4) роз'яснювальна робота з пацієнтом. Тому підхід до даної проблеми має бути системним, поетапним і комплексним.

Слід зазначити, що неконтрольоване застосування топічних та системних деконгестантів для симптоматичного лікування алергічного риніту привело до масового виникнення різноманітних місцевих та загальнотоксичних ускладнень, особливо в дитячому віці. Серйозною проблемою є розвиток медикаментозної залежності, а також багато протипоказань при застосуванні фармакологічних препаратів. Зважаючи на вищевказане, порушення з боку порожнини носа, мультифакторні зміни з боку різних органів і систем у таких хворих, ми звернули увагу на інформаційний метод лікування біологічно активною рідиною (БАР), який проводиться за результатами електропунктурної діагностики (ЕПД).

Метою роботи було вивчення ефективності лікування хворих на цілорічний алергічний риніт за допомогою біологічно активної рідини.

Нами було обстежено 38 хворих на ЦАР віком від 16 до 58 років, з яких було 26 осіб чоловічої статі і 12 – жіночої. Давність захворювання становила від 1 до 28 років, діагноз був встановлений за результатами отоларингологічного та алергологічного обстеження.

Після вимірювання електропровідності проводилось визначення етіологічних чинників шляхом тестування маркерів бактерій, вірусів, найпростіших, глистів, грибів. Після визначення етіологічних факторів проводилося медикаментозне тестування маркерів гістаміну, серотоніну, імуноглобуліну Е та індивідуальний підбір комплексу універсальних гомеопатичних препаратів для корекції виявлених порушень.

Після індивідуально підібраного рецепта за спеціальною технологією інформація переноситься на деструктуровану воду, при цьому вода перетворюється на БАР, яка приймається на протязі 21-27 днів.

Ефективність лікування оцінювали за динамікою зникнення симптомів алергічного риніту, відсутності чи наявності збудників, гістаміну, серотоніну і імуноглобуліну Е після лікування. Хворі були обстежені через два місяці після курсу лікування. Добрий результат був отриманий у 27 пацієнтів, що становило 71,1% , часткове покращення – у 3 хворих (7,8%), а відсутність результату у 8 пацієнтів (21,1%). При тестуванні спектру збудників після лікування вони не визначались у 32 хворих (84,2%), у 6 осіб (15,8%) в групі з незадовільним результатом повторно виявлялись збудники. У хворих з добрим результатом був негативний тест на гістамін, серотонін і імуноглобулін Е а у 11 осіб (28,9%) з частковим покращенням або незадовільним результатом ці тести були позитивні. У віддаленому період (1-6 років) спостереження добрий результат мав місце у 14 (36,8%) пацієнтів.

Отримані результати дають можливість зробити наступне заключення.

При лікуванні алергічних ринітів за допомогою біологічно активної рідини досягається ефект елімінації або пригнічення життєдіяльності різних збудників, які можуть викликати алергічне локальне (слизова носа) або системне запалення тих органів і систем, що мають рефлекторно-інформаційний взаємозв'язок з порожниною носа. Крім того, позитивний терапевтичний ефект досягається за рахунок індивідуального підбору універсальних гомеопатичних препаратів для лікування алергічного риніту. При цьому, на нашу думку, відбуваються зміни реактивності організму за рахунок механізмів неспецифічної гіпосенсибілізації. Лікування за допомогою БАР немає протипоказань та ускладнень і може застосовуватись при лікуванні алергічного риніту як підчас загострення, так і під час ремісії.

© *В.І. Луценко, А.І. Розкладка, 2011*

О.Н. ЛЫСЕНКО (СВЕРДЛОВСК, УКРАИНА)

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ К АНТИБИОТИКАМ (АНТИБИОТИК ЛИНКОМИЦИН В ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ)

Антибиотикотерапия (АБТ) занимает одно из ведущих мест в практике оториноларинголога. Согласно протоколов, препаратами выбора являются защищённые амоксициллины и цефалоспорины. По данным бактериологического мониторинга 2009-2010 г.г., резистентность микрофлоры к антибиотикам данных групп усиливается и возрастает чувствительность к линкомицину и гентамицину.

Линкомицин практически не указывается ни в одном из протоколов даже как антибиотик резерва. Но, оказался эффективен там, где беспомощны амоксициллины и цефалоспорины.

Линкомицин продуцируется актиномицетами, по антибактериальному действию сходен с макролидами. Оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие в зависимости от концентрации в организме. Вводится в/м, в/в и внутрь. Устойчивость микроорганизмов к линкомицину развивается медленно. Качественным отличием от других антибактериальных препаратов является депонирование линкомицина в костной ткани, что позволяет успешно применять его при острых и хронических остеомиелитических процессах часто имеющих место при одонтогенных синуситах, отсутствие ототоксического и нефротоксического действия, прекрасная совместимость с макролидами последнего поколения и, наконец, незначительная стоимость.

За основу изучения были взяты результаты 56 бактериограмм пациентов лор отделения с гнойными синуситами. Бактериологический контроль проводился до назначения АБТ, сразу после поступления в отделение. В порядке убывания по частоте случаев были идентифицированы – золотистый стафилококк, эпидермальный стрептококк, синегнойная палочка и другие микроорганизмы в единичных случаях. Чувствительность к линкомицину была самой высокой в 46 бактериальных посевах. Что составило 82%. В то время как цефалоспорины оказались действенными только в 42%.

Поскольку данные бактериограммы определяются только на 4-5 сутки, начинать АБТ приходилось согласно протоколу – амоксициллинами и цефалоспориновыми антибиотиками. Смена курса антибиотикотерапии проводилась на 5-7-й день при недостаточной эффективности антибиотиков протокольной группы и получения данных бактериологического мониторинга. Из побочных реакций отмечались явления транзиторного дисбактериоза, которые исчезали после назначения пробиотиков, антимикотиков и прекращения АБТ.

Во всех случаях использования линкомицина согласованного с данными бактериограммы наступило выздоровление, подтверждённое клинически, рентгенологически, пункционно.

Таким образом, очевидно, происходит изменение основной чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Линкомицин может быть принят в качестве базовой антибиотикотерапии при лечении лор патологии на современном этапе.

© *О.Н. Лысенко, 2011*

О. Н. ЛЫСЕНКО (СВЕРДЛОВСК, УКРАИНА)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ ПРИ ПУНКЦИОННОМ И БЕСПУНКЦИОННОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ

О «Бить» или не «бить»? Трудный вопрос, который решает врач и пациент при лечении экссудативных и осложнённых форм синуситов. Если для врача чаще всего дилеммы не существует, то пациент находится под влиянием предрассудков и невежественного заблуждения, преодолеть которое подчас невозможно.

Показания к пункции придаточных пазух носа (ППН), к сожалению, нечетко сформулированы в протоколах лечения синуситов. Очевидна абсолютная показанность пункций ППН при тяжелом течении синусита и склонности к осложнениям. Пункции ППН мы применяли при лечении экссудативных форм синуситов со склонностью к тяжелому течению и осложнениям, конечно при согласии пациента.

Для изучения взяты истории болезни пациентов лор отделения с диагнозом гнойный синусит, получавших лечение без пункций пазух, ввиду отказа и с применением пункционного метода.

Проанализировано 50 историй болезни пациентов лечившихся без пункций, получавших стандартный комплекс медикаментозного и физиопроцедурного лечения. Контроль оценивался по клиническим показателям и данным рентгенограмм в день поступления и на 8-10-й день лечения. Несмотря на отсутствие жалоб и положительные клинические данные риноскопии в день контроля, рентгенологически выздоровление отмечено у 14 больных – 28%; улучшение – у 20 – 40%; без перемен – у 16 – 32%. Сроки лечения данной категории увеличивались почти вдвое. Для сравнения изучено 25 историй болезни пациентов с диагнозом синусит, при лечении которых применялись пункции синуса.

Критериями выздоровления считались отсутствие клинических симптомов и данные контроль-пункции-свободное нагнетание и заполняемость синуса, отсутствие отделяемого в промывных водах. Выздоровление отмечено у 12 – 80%, улучшение у 3 – 20%. Сроки выздоровления практически в 2 раза меньше и составили 8 дней.

Таким образом, лечение экссудативных форм синуситов с использованием пункций эффективнее и быстрее беспункциоонного метода. Пункция позволяет провести объективный контроль состояния синуса в динамике лечения и оценить исход.

© *О.Н. Лысенко, 2011*

С.Н. МАЗЛУМЬЯНЦ, С.В. ЧЕРНЫШЕНКО, Э.Н. РАМАЗАНОВ, Т.А. ДУРЯГИНА
(СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

АДЕНОИДЫ У ВЗРОСЛЫХ

Гипертрофию аденоидной ткани до определенного возраста можно отнести к физиологическому явлению, отражающему формирование защитной системы на пути проникновения со струей воздуха микроорганизмов в верхние дыхательные пути. Предрасполагающие факторы: воспалительные заболевания глотки, повышенная аллергизация организма с частыми ОРВИ, эндокринные нарушения, гиповитаминозы, аномалии конституции, грибковая инвазия, неблагоприятные социальные и бытовые условия, радиационное и другие виды воздействия, снижающие реактивность организма. Использование в пищу продуктов, содержащих ГМО. Также одной из причин возникновения гипертрофии носоглоточной миндалины (НГМ) считают нарушения в системе цитокинов, служащих регуляторами иммунитета, в частности воспалительного процесса наряду с гипофункцией кортикального слоя надпочечников. Мейер первым подробно описал лимфоидную гипертрофию в носоглоточном пространстве, которым он дал название аденоидных разращений (1874). По данным Цветкова Э.А. (1996) аденоиды встречаются у 45% детей дошкольного возраста. До настоящего времени считается, что к периоду полового созревания происходит инволюция аденоидных вегетаций (Исхаки Ю.Б.,1985; Солдатов И.Б.,1994; Плужников М.С., 2002; Цветков Э.А., 2003). Данный постулат формирует у врача мнение, что у взрослых аденоидов быть не должно. Однако, внедрение новых диагностических технологий, таких как оптическая эндоскопия и компьютерная томография привело к достаточно частому выявлению гипертрофии НГМ у взрослых, что ставит под сомнение вывод о ее возрастной инволюции. Интересен и тот исторический факт, что впервые аденоидные вегетации были обнаружены и описаны Мейером у взрослого человека. Первая операция по удалению аденоидов была выполнена им в 1867 г. девушке 22 лет с типичными симптомами аденоидита и гнойного отита, после безуспешного консервативного лечения. По литературным данным, среди взрослых лиц аденоидные разращения встречаются чаще у мужчин, в возрасте от 26 до 30 лет. В отделении отоларингологии клиники «Genesis» за период 2009-2011 г.г. было обследовано 97 пациентов в возрасте от 17 до 36 лет, которые обратились с жалобами на затруднение носового ды-хания в течении более 3 месяцев. Среди них было 29 (29,9%) женщин, 68 (70,1%) мужчин. Во время скринингового эндоскопического исследования у 23(23,7%) пациентов выявлены патологические изменения со стороны носоглотки, гипертрофия аденоидов. Среди пациентов группы под нашим наблюдением находились 14 (60,7%) мужчин и 9 (39,3%) женщин. Учитывая широкий возрастной диапазон, пациенты группы были разделены на 4 подгруппы: 17-20 лет, 21-25 лет, 26-30 и 31-36 лет. Изучая распространенность аденоидов в возрастном аспекте, были получены следующие данные: в возрастной группе 17-20 лет аденоидные вегетации были выявлены у 11 (47,8%); в возрастной группе 21-25 лет – у 6 (26,1%); у пациентов в возрасте 26-30 лет – у 4 (17,4%); среди пациентов 31-36 лет – у 2 (8,7%). Таким образом, аде-

ноидные вегетации выявлены во всех возрастных группах у взрослых, однако, частота встречаемости данной патологии достоверно уменьшается с возрастом. Пациенты группы имели различную степень гипертрофии НГМ: I степень была диагностирована у 7 (30,4%) пациентов, II степень- у 8 (34,8%) пациентов и III степень у 8 (34,8%) больных. Обследование пациентов включало осмотр оториноларинголога, эндоскопическое исследование, компьютерную томографию (КТ) полости носа, околоносовых пазух. По данным, проведенного нами исследования, 16 (69,6%) пациентов имели продолжительный анамнез заболевания (более 10 лет) и многие отмечали наличие ЛОР проблем с детства, с временным эффектом от консервативной терапии. Ранее перенесли различные оперативные вмешательства в полости носа и носоглотке 7 (30,4%) пациентов. Из них аденотомия в детском возрасте была выполнена у 2 больных. Исходя из продолжительного анамнеза заболевания, неэффективности хирургических вмешательств у пациентов нашей группы наводит на мысль о гиподиагностике аденоидных вегетаций у взрослых. Осмотр полости носа осуществлялся после тщательной анемизации слизистой оболочки. Препятствием служило искривление перегородки носа 19 (82,6%), гипертрофическая форма хронического ринита 11 (47,8%), психоэмоциональное состояние пациентов 3(13%). Оптический осмотр полости носа осуществлялся эндоназальным доступом с применением риноскопа диаметром 2,7-4,0 мм с оптикой 0 градусов. Хирургическое вмешательство в носоглотке у взрослых выполнялось под эндотрахеальным наркозом с интубацией трахеи. Так как пациенты имели сопутствующую патологию – выполнялись симультанные операции: резекция перегородки носа, операции на носовых раковинах (латеропозиция, вазотомия, задняя конхотомия). Для выполнения аденотомии в нашей клинике используются аденотомы Бекмана, шейверная система. У всех пациентов осуществлялся эндоскопический контроль состояние полости носа и носоглотки. Кровотечение во время операции было незначительным и останавливалось самостоятельно.

Выводы:

1. Старые постулаты о наличии аденоидных вегетаций у детей от 5 до 12 лет на сегодняшний день, не являются корректными. При наличии у пациента жалоб на заложенность носа необходима тщательная анемизация слизистой носа, осмотр эндоскопической техникой, компьютерная томография ОНП.
2. В ходе исследования нами было обнаружено аденоидные вегетации у взрослого населения в 23,7% случаев. С возрастом частота встречаемости аденоидных вегетаций уменьшается.
3. Хирургическое вмешательство – аденотомия во взрослом возрасте имеет абсолютные показания.

© *С.Н. Мазлумьянц, С.В. Чернышенко, Э.Н. Рамазанов, Т.А. Дурягина, 2011*

Т.В. МАЛЯРЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА СЕЗОННИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНІТ У ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІТОПРЕПАРАТІВ

В останні роки для терапії алергічного риніту все частіше використовуються фітопрепарати (К.Г. Селезнев, Е.А. Щетинина, 2001; Т.И. Гаращенко, 2003).

Включення до арсеналу лікування ефективних лікарських засобів, які завідомо виключають небажані побічні ефекти-актуальна практична задача. Вирішенню цієї задачі сприяє втілення у медичну практику комплексних гомеопатичних препаратів з протиалергічною активністю.

Медикаментозна терапія АР в період загострення залишається актуальним питанням, оскільки неможливо повністю виключити контакт з причинним алергеном.

Медикаментозна лікування проводиться по ступінчастому принципу (ARIA) в залежності від ступеню тяжкості та перебігу. Найбільш широко для лікування алергічного риніту використовуються антигістамінні препарати на всіх ступінях терапії .Топічні глюкокортикостероїди використовуються в основному при лікуванні помірної та тяжкої форм інтермітуючого чи персистуючого алергічного риніту (ARIA).

Все вищевказане ставить проблему лікування алергічного риніту в розряд найбільш актуальних та значимих у сучасній медицині та потребує розробки оптимальних та ефективних схем лікування.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності лікування хворих на сезонний алергічний риніт із застосуванням фітопрепарату Ринітал як у вигляді монотерапії, так і у комбінації із топічним кортикостероїдом мометазону фуроат.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилось 90 хворих на сезонний алергічний риніт (САР) у період загострення віком від 18 до 55 років, серед них було 51 особа чоловічої статі та 39 жіночої, які попередньо не отримували специфічної імунотерапії. Більшість хворих на САР (44,4%) були особами молодого віку (18-25 років). Всім хворим перед початком дослідження проводили шкірні прик-тести на причинні пилкові алергени, які встановлювали у процесі збору анамнезу. Серед обстежених хворих 52 (57,8%) мали сенсибілізацію до однієї групи алергенів, 48 (53,3%) хворих мали поєднану сенсибілізацію до декількох груп алергенів. У найбільшої кількості хворих 23 (25,5%) була встановлена сенсибілізація до пилку дерев. Серед пацієнтів, що мали поєднану сенсибілізацію до різних груп алергенів, у більшості – 15 (16,7%) виявляли сенсибілізацію до пилку лугових та злакових трав . Діагноз САР встановлювали на основі характерних скарг: приступи чихання, свербіж у носі, заложенність носа, виділення з носа, зниження нюху. Також враховували наявність риноконьюнктивального синдрому – свербіж в очах, почервоніння, сльозотеча.

Об'єктивні симптоми хвороби – стан носового дихання, слизової оболонки порожнини носа (колір, набряк), наявність вмісту у носових ходах та його характер, реєструвалися при отоларингологічному огляді хворих. Перед початком лікування була досліджена транспортна активність миготливого епітелію слизової оболонки порожнини носа за допомогою сахаринової проби. Результати свідчили про зниження транспортної активності миготливого епітелію у всіх пацієнтів: у 4 (4,4%) осіб була встановлена I ступінь порушення транспортної активності, у 53 (58,9 %) осіб – II, а у 33 (36,7 %) осіб – III ступінь. В мазках-відбитках з порожнини носа вивчалась кількість еозинофілів по відношенню до загальної кількості нейтрофілів. Також проводили загальноклінічний аналіз крові та визначали кількість лейкоцитів та еозинофілів на початку лікування та на 14 день після лікування. Всім хворим на початку та в кінці лікування визначали рівень загального IgE у сироватці крові. Обстежені хворі були умовно поділені на 3 однорідні за статтю, віком, соматичним станом і терміном захворювання групи, по 30 осіб у кожній. Пацієнти першої групи в період загострення сезонного алергічного риніту отримували ринітал по наступній схемі: 1 день – по 1 таблетці кожні 3 години, наступні дні – по 1 таблетці тричі на день 14 днів, та дезлоратадин по одній табл. на добу; пацієнти другої групи ендоназально отримували топічний кортикостеоід Мометазону фуроат по 2 дози (100 мкг) у кожну половину носа 1 раз на добу та дезлоратадин по одній табл. на добу; хворі, що увійшли до третьої групи отримували комбіноване лікування із застосуванням фітопрепарату Ринітал та топічного кортикостероїду Мометазону фуроат по вищевказаній схемі, дезлоратадин по одній табл. на добу. Курс лікування становив 14 днів.

Ефективність проведеного лікування базувалась на вивченні динаміки зміни суб'єктивних скарг хворих та об'єктивних даних, нормалізації лабораторних показників-еозинофіли крові та носового секрету, лейкоцити крові, рівня IgE у сироватці крові.

Статистичну обробку одержаних даних проводили з використанням однобічних непараметричних критеріїв «U» Манна-Уітні та «W» Вілкоксона, а також точного методу Фішера за допомогою пакету програм для статистичної обробки біометричних даних WinPEPI.

Результати та їх обговорення

Після початку лікування пацієнти самостійно оцінювали динаміку зміни скарг за трьохбальною шкалою, де бали розподіляли наступним чином: 0 – відсутність ознаки, 1 – незначна ступінь вираженості, 2 – помірна ступінь вираженості, 3 – значна ступінь вираженості. Контрольні огляди проводились на 3, 7, 10 та 14 день лікування. Аналіз скарг хворих на сезонний алергічний риніт засвідчив, що після проведеного курсу терапії спостерігалося зменшення симптомів полінозу у більшості хворих. Найкращі результати лікування відмічались у групі 3, що отримувала комбіновану терапію. У середньому на 3 день після початку лікування пацієнти відмічали значне покращення стану та зменшення вираженості симптомів полінозу. У групі 1 та групі 2 суттєво покращення стану відмічалось відповідно на 7 та 5 день від початку лікування. Дані об'єктивного огляду на 14 день після лікування між групами хворих, що отримували монотерапію одним із препаратів та комбіновану терапію достовірно не відрізнялись, але нормалізація по кожній з ознак у найбільшої кількості хворих була у групі 3.

В той же час порівняння даних до та після лікування по кожній із груп, вказує на достовірну ефективність проведеної терапії. Транспортна активність миготливого епітелію слизової оболонки носа після курсу лікування нормалізувалась у 18 (60%) – пацієнтів групи 1, у 21 (70%) – групи 2, у 22 (73,3%) – групи 3.

Результати зміни середнього значення (СЗ) показника кількості еозинофілів у мазках відбитках зі слизової оболонки порожнини носа достовірно змінювався у всіх групах, про що свідчить ефективність проведеної терапії.

У процесі лікування відмічалась достовірна зміна показників кількості лейкоцитів та еозинофілів у крові у всіх трьох групах хворих. У групі 1 у порівнянні із групою 3 показники рівня лейкоцитів та еозинофілів після лікування достовірно відрізнялись між собою, що свідчить про кращу ефективність терапії у групі, що отримувала комбіноване лікування.

Рівень Ig E у сироватці крові у процесі лікування достовірно знижувався, і на 14 день від початку лікування показники знаходились у межах нормальних значень. Найкраще динаміка зниження рівня Ig E відмічалась у групах 1 та 3.

Таким чином, найкращі результати лікування пацієнтів на сезонний алергічний риніт були отримані при комбінованій терапії із застосуванням фітопрепарату Ринітал та топічного кортикостероїду Назонекс, що дозволяє значно покращити якість життя таких пацієнтів під час сезону полінації причинних алергенів. Монотерапія кожним із препаратів теж була ефективною, але у меншій мірі.

© *Т.В. Маляренко, 2011*

М.К. МАНЮК, П.И. АБАБИЙ, Л.А. ДАНИЛОВ (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

ИММУНОГИСТОХИМИЧИСКИЕ АСПЕКТЫ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Введение. Риносинусит у детей является доминирующей патологией как стационара, так и амбулаторной практики. За последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 28-30% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей. Причем 50% детей, став взрослыми, продолжают болеть этими болезнями. Ежегодно число больных с воспалением околоносовых пазух увеличивается в среднем на 1,5-2%. Иммуногистохимия представляет собой диагностический метод, который комбинирует гистологические, иммунологические и биохимические техники с целью выявления специфического тканевого строения через реакцию антиген-антитело. Хроническое воспаление слизистой носа и околоносовых пазух нарушает процесс коллагеноза и коллагенолизиса, что приводит к утолщению слоя, который находится под базальной мембраной.

Цель исследования – определение состояния слизистой ткани на уровне остиомеатального комплекса у больных детей с помощью иммуногистохимического исследования.

Материал и методы. Были обследованы 15 пациентов ЛОР-отделения Детской Республиканской Больницы «Ем. Коцага», которые лечились по поводу рецидивирующего и хронического риносинусита и были прооперированы методом эндоскопической хирургии. Контрольная группа была сформирована из 5 больных без воспаления носа и околоносовых пазух, но с искривлением носовой перегородки, которая была подвергнута хирургическому лечению.

Иммуногистохимическая техника. Метод был реализован с использованием техники LSAB (LSAB2, LSAB+, DAKO). Были применены следующие типы моноклональных антител: анти-CD3, анти-CD4, анти-CD8, анти-CD19, анти-плазмоциты и анти-CD68 для выявления Т-лимфоцитов, лимфоцитов Т-хелпер, лимфоцитов Т-супрессор, В-лимфоцитов, плазмоцитов и макрофагов. Для иммуногистохимического выделения каждого антигена были соблюдены особенные правила.

Результаты. Иммуногистохимческое исследование определило разнообразные перемены в распределении и количестве иммунокомпетентных клеток. Т-лимфоциты были расположены в поверхностном отделе lamina proprie. Число Т-лимфоцитов у пациентов с хроническим риносинуситом был высокий 93,6±5,0 в сравнении с пациентами из контрольной группы, что составило 21,4±4,2. Это высокое количество выявлялось из-за роста числа лимфоцитов Т-хелперов (лимфоцитов Т CD4 положительные), которые у пациентов из первой группы составило 60,4±5,4 в сравнении с 9,8±2,5 контрольной группы. Вопреки этому, можем подчеркнуть, ячто лимфоциты Т-супрессоры (лимфоциты Т CD8 положительные) у больных из главной группы увеличились существенно 12,1±2,0, по сравнению с второй группой – 3,8±1,2. Эти данные свидетельствуют, что соотношение лимфоцитов Т-хелперов и Т-супрессоров у пациентов с хроническим риносинуситом значительно высоко. В-лимфоциты (CD19 положительные) были обнаружены в большой части в глубоких слоях lamina proprie слизистой на границе с подслизистой, вокруг капилляров: 60,9±4,1 в первой группе больных и 20,8±3,6 во второй группе. Плазмоциты расположились довольно поверхностно, их число было 44,1±3,1 у пациентов из первой группы и 3,6±0,5 – у пациентов из контрольной группы. Значительный рост был выделен и у числа макрофагов из lamina proprie

124,1±12,6 и 17,4±3.8. У больных с рецидивирующими и хроническими риносинуситами часто наблюдалось присутствие макрофагов под коллагеновыми наложениями базальной мембраны эпителиоидного типа, также большое количество макрофагов инфильтрированы в анизоморфный реснитчатый эпителий.

Выводы. Иммуногистохимическое исследование выявило значительные морфологические изменения характерны для хронического процесса что проявляется разнообразными формами в распределении и количестве иммунокомпетентных клеток. Лимфоциты Т имеют большое значение в физиопатологических процессах в случаях рецидивирующих и хронических риносинуситов особенно лимфоциты Т CD4+ которые активно участвуют в процессах начало и регулирования воспалительного проявления.

© *М.К. Манюк, П.И. Абабий, Л.А. Данилов, 2011*

В.А. МЕЛЬНИК, П.В. КОВАЛИК, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.А. ГАВУРА, І.В. МАЛЬОВАНА, О.В. ГОВДА, О.В. СТАХІВ (РІВНЕ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)

СПЕЦІАЛЬНЕ РОБОЧЕ МІСЦЕ І СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ЛІКАРЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Оториноларингологія – спеціальність хірургічна, і хірургічна діяльність є і залишається нашою основною роботою. Під час проведення «радикальної» операції на верхньощелепній, лобній та інших приносових пазухах безжалісно вишкрібається і знищується унікальна функціональна структура людського організму – слизова оболонка, але не досягається радикалізму у лікуванні. Це майже рівноцінно ампутації китиці або ступні. Тому заслуговують на увагу операції з видалення тільки патологічно зміненої слизової оболонки приносових пазух з збереженням мало змінених їх острівців, з яких в подальшому починається епітелізація пазухи (Б.И. Дунайвицер, 1988). Однак класичні операції на приносових пазухах в значній мірі травматичні, їх радикалізм при неускладнених синуїтах не завжди виправданий (Ю.И. Гладуш, 1995). Тактика хірургічного лікування синуїтів на протязі останніх десятиліть зазнала зміни, значно збільшились показання до проведення ендоназальних хірургічних втручань (С.Б. Безшапочний і співавт., 1995).

Для внутрішньоносових операцій часто використовуються такі інструменти, що про функціональну хірургію говорити не доводиться .

До сьогоднішнього дня нерідко рутинно використовуються методики, які були розроблені в кінці 19 – на початку 20 століття: нижня конхотомія, підслизова резекція перегородки носа за Кіліаном, радикальна операція на верхньощелепній пазусі за Колдуел-Люком та ін. Правда в останні десятиліття їх замінили ощадливими методами: ощадлива конхотомія, часткова конхотомія, підслизова конхотомія, підслизова вазотомія, підслизова діатермокоагуляція носових раковин, ощадлива підслизова резекція перегородки носа, ендоназальні ощадливі операції під контролем ендоскопів з використанням операційного мікроскопа, які потребують, правда, відповідного інструментарія.

Якщо раніше для діагностики синуїтів використовувались рентгенографія і діафаноскопія приносових пазух, то в останні десятиліття введені нові діагностичні методи: комп'ютерна томографія, термографія, ехографія, ендоскопія приносових пазух.

Устаткування наших ЛОР-відділень стаціонарів і ЛОР-кабінетів поліклінік робочими місцями оториноларинголога, ендоскопічною, сучасною лазерною технікою, приладами для функціональної діагностики, комп'ютерними томографами і т. п. за рахунок закупок за кордоном на сьогоднішній день нереальне. На це хіба що можуть розраховувати ЛОР-клініки великих міст. В ситуації, яка склалась в Україні, безперспективно надіятись на допомогу державної системи, хоча вона повинна бути основною. Благодійність завжди схвалювалась і є безумовно благородною справою. Лікарям не слід соромитись йти на контакт з діловими людьми, агітувати їх на купівлю обладнання, на фінансування наукових досліджень.

Потребують технічного переоснащення ЛОР-стаціонари і ЛОР-кабінети поліклінік. Важко уявити роботу стоматолога або офтальмолога без спеціального робочого місця і апаратури. Чому ж ми на сьогоднішній день використовуємо тільки настільну лампу і лобний рефлектор для огляду ЛОР-органів, шприц Жане для промивання зовнішнього слухового ходу і верхньощелепної пазухи, спиртівку для підігрівання гортанного і носогорлового дзеркала. Хоча в останні десятиліття для огляду ЛОР-органів почали застосовувати дзеркала оториноларингологічні з волоконним світлово-

дом УМЗ і операційний мікроскоп. Перевага огляду дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ заключається в тому, що відпадає необхідність в лобному рефлекторі і джерелі світла. Поряд з цим, даний метод дозволяє добре оглянути досліджувану ділянку. За допомогою операційного мікроскопа вдається виявити зміни, які не завжди можна знайти неозброєним оком.

За кордоном оториноларингологи давно використовують в своїй повсякденній практиці спеціальне робоче місце. Установки які випускаються фірмами «Nagashima», «Johnsen», «Servant-5», «Servant ATMOS» та ін. дають можливість здійснювати належний догляд за слизовою оболонкою порожнини носа. Спеціальні розпилювачі, пристосування для промивання і аспірації, нанесення лікарських речовин на поверхню слизової оболонки значно розширюють можливості оториноларинголога в плані консервативного лікування і ведення післяопераційного періоду.

Важливе питання – створення нормальних умов для роботи. Лобний рефлектор відіграв важливу роль у нашій спеціальності. Але наскільки зручніше і результативніше користуватись налобним холодним джерелом світла. У оториноларинголога повинно бути спеціальне робоче місце. Пора залишити той розповсюджений примітивізм огляду хворого і його амбулаторного лікування, який ще досить поширений у нас в країні. Наші лікарі часто не знають, що є спеціальні робочі місця, які набагато підвищують ефективність і якість роботи.

Кваліфікованому лікарю потребуєься добрий інструментарій. Тут також необхідна спільна співпраця лікарів і ділових людей. У всьому світі виготовлення медичних інструментів є досить прибутковою справою. Про це не знають ті, хто може виготовляти інструменти у нас в країні. Лікарям необхідно активно агітувати ділових людей за виготовлення інструментів, показувати їм дійсну їх ціну. Поки що і інструменти і установки доводиться купувати за кордоном, затрачуючи значні кошти.

Терапевтичний напрямок потребує розвитку сучасної фармацевтичної бази. І тут є широка можливість співпраці оториноларингологів, фармацевтів і бізнесменів. Хоча в останні роки випускається ряд дійових медичних препаратів для лікування патології верхніх дихальних шляхів, в тому числі синуїтів. Повідомляється про використання при цій патології таких медикаментів як мідекаміцин, полідекса, ізофра, дурацеф, цинабсин, споробактерин, трайфед, пробіотики, вобе-мугос Е, цедекс, роксид, флуімуцил антибіотик, флемоксин-солютаб, серта, спіраміцин, соласі та ін. В останні роки фармацевтичні фірми почали приділяти велику увагу медикаментам, які застосовуються в оториноларингології. Нині практично не відбувається ні одне засідання обласного ЛОР-товариства, ні одна конференція чи з'їзд оториноларингологів без присутності на них представників фармацевтичних фірм, які пропонують той чи інший препарат для лікування хворих з патологією ЛОР-органів.

Практикуючі лікарі повинні зрозуміти необхідність засвоєння своєї спеціальності на сучасному рівні. Хворий піде до того лікаря, який більше знає, який має визнаний авторитет. В сучасних умовах висока кваліфікація вже стає джерелом благополуччя лікаря, добрим заробітком. На це не можна закривати очі, оскільки одними ідеями ситий не будеш.

© *В.А. Мельник, П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, І.В. Мальована, О.В. Говда, О.В. Стахів, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ (КИЕВ, УКРАИНА)

РЕСПІБРОН – МУКОЗАЛЬНА ВАКЦИНА НОВОГО ВИДУ

Хронічний тонзиліт відноситься до найбільш частих серед усіх захворювань ЛОР-органів. Його розвиток пов'язаний не тільки з перенесеними гострими захворюваннями, неадекватним лікуванням, наявністю патологічної (частіше змішаної: бактеріальної та вірусної) флори, а значною мірою з порушеннями в системі імунітету

Вивченню імунного статусу хворих на хронічний тонзиліт присвячено багато досліджень, але особливості порушень імунітету при різних формах перебігу захворювання (наявність паратонзілярних абсцесів, часті рецидиви ангін) до кінця не вияснені. Тому метою нашого дослідження є оцінка особливостей порушень імунної системи у хворих на хронічний тонзиліт з рецидивами ангін та наявністю паратонзилярних абсцесів.

Нами було обстежено 26 хворих на хронічний тонзиліт (10 пацієнтів з рецидивами ангін, 4 – з паратонзиллярними абсцесами і 12 хворих з одиночними ангінами, що склали контрольну групу). Проводилось визначення секреторного імуноглобуліну А, інтерлейкіну 1 бета, альфа

та гамма інтерферону в слині під час загострення захворювання та в стадії ремісії.

В контрольній групі достовірних показників виявлено не було.

В основній групі у 8 обстежуваних (57%) знижений вміст секреторного імуноглобуліну А на 10-40% як при загострені захворювання, так і під час ремісії. Це свідчить про зниження захисних властивостей слизової оболонки (сприяє колонізації патогенних мікроорганізмів та хронізації запалення).

Рівень альфа-інтерферону(α-INF) в межах норми виявлено у 3-х пацієнтів (21%). У 1 обстежуваного (7%) підвищений рівень α-INF під час загострення нормалізувався під час ремісії. 57% (8 чол.) мали підвищені показники α-INF на 20-300% не залежно від стадії захворювання.

Рівень гамма-інтерферону був підвищений тільки у 1 пацієнта(7%).

Показники IL-1β у 100% обстежуваних підвищений як при загострені, так і під час ремісії. Також відстежувалась тенденція до його збільшення при загострені на 20-30% в порівнянні з ремісією.

Навведені дані підтверджують наявність особливостей імунологічних змін у хворих з рецидивами ангін та паратонзилярними абсцесами. Це свідчить про доцільність подальших пошуків у даному напрямку для розробки адекватних методик імунотерапії хворих з хронічним тонзилітом, перебіг якого супроводжується рецидивами ангін та формуванням паратонзилярних абсцесів.

© *О.Ф. Мельников, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, О.М. ГОРБАЧ, В.М. ПИСАНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ, ПЕРЕБІГ ЯКОГО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ РЕЦИДИВАМИ АНГІН ТА ФОРМУВАННЯМ ПАРАТОНЗИЛЯРНИХ АБСЦЕСІВ

Хронічний тонзиліт відноситься до найбільш частих серед усіх захворювань ЛОР-органів. Його розвиток пов'язаний не тільки з перенесеними гострими захворюваннями, неадекватним лікуванням, наявністю патологічної (частіше змішаної: бактеріальної та вірусної) флори, а значною мірою з порушеннями в системі імунітету

Вивченню імунного статусу хворих на хронічний тонзиліт присвячено багато досліджень, але особливості порушень імунітету при різних формах перебігу захворювання (наявність паратонзілярних абсцесів, часті рецидиви ангін) до кінця не вияснені. Тому метою нашого дослідження є оцінка особливостей порушень імунної системи у хворих на хронічний тонзиліт з рецидивами ангін та наявністю паратонзилярних абсцесів.

Нами було обстежено 26 хворих на хронічний тонзиліт (10 пацієнтів з рецидивами ангін, 4 – з паратонзиллярними абсцесами і 12 хворих з одиночними ангінами, що склали контрольну групу). Проводилось визначення секреторного імуноглобуліну А, інтерлейкіну 1бета, альфа та гамма інтерферону в слині під час загострення захворювання та в стадії ремісії.

В контрольній групі достовірних показників виявлено не було.

В основній групі у 8 обстежуваних (57%) знижений вміст секреторного імуноглобуліну А на 10-40% як при загострені захворювання, так і під час ремісії. Це свідчить про зниження захисних властивостей слизової оболонки (сприяє колонізації патогенних мікроорганізмів та хронізації запалення).

Рівень альфа-інтерферону(α-INF) в межах норми виявлено у 3-х пацієнтів (21%). У 1 обстежуваного (7%) підвищений рівень α-INF під час загострення нормалізувався під час ремісії. 57% (8 чол.) мали підвищені показники α-INF на 20-300% не залежно від стадії захворювання.

Рівень гамма-інтерферону був підвищений тільки у 1 пацієнта(7%).

Показники IL-1β у 100% обстежуваних підвищений як при загострені, так і під час ремісії. Також відстежувалась тенденція до його збільшення при загострені на 20-30% в порівнянні з ремісією.

Навведені дані підтверджують наявність особливостей імунологічних змін у хворих з рецидивами ангін та паратонзилярними абсцесами. Це свідчить про доцільність подальших пошуків у даному напрямку для розробки адекватних методик імунотерапії хворих з хронічним тонзилітом, перебіг якого супроводжується рецидивами ангін та формуванням паратонзилярних абсцесів.

© *О.Ф. Мельников, О.М. Горбач, В.М. Писанко, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Д.Д. ЗАБОЛОТНАЯ, А.Ю. БРЕДУН, Ю.А. МОЛОЧЕК, О.Г. РЫЛЬСКАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)

СОВРЕМЕННАЯ ИММУНОДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

За последнее десятилетие показания к проведению хирургического лечения больных хроническим тонзиллитом стали более обоснованными благодаря появлению тестов на функциональную активность ткани миндалин, основанных либо на раздражении ткани миндалин, последующей антигенной локальной стимуляции и определения уровня в ротоглоточном секрете одного из главных продуктов миндалин – секреторного IgA (Д.И. Заболотный и соавт., 2001), либо по уровню микробной обсемененности поверхностных структур миндалин и смешанной слюны до и после лечения (Н.М. Хмельницкая и соавт., 2002). Между тем вклад других лимфо-эпителиальных структур глоточного кольца в продукцию антител при таком тестировании практически не учитывался, равно как и доля иммуноглобулинов носоглоточного секрета и жидкости зубодесневой борозды.

К настоящему времени появились новые данные о том, что небные миндалин, особенно в детском возрасте, активно продуцируют антивирусные факторы и их определение в слюне с учетом этиологической роли вирусов в обострениях хронического тонзиллита у детей может быть более значимым, чем выявление только общего секреторного IgA (А.А. Лайко и соавт., 2007; 2008). Особенно возрастает определение этиологического фактора и уровня системных антител (антистрептолизина-О) при стрептококковой ангине. В этом случае необходимо признать провомерным заключения ряда японских авторов (Fujikawa e.a., 1988) о том, что частая локальная высеваемость β-гемолитического стрептококка группы А и титры антистрептолизина-О в крови могут служить иммунодиагностическим индикатором для хирургического лечения больных хроническим тонзиллитом.

© *О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная, А.Ю. Бредун, Ю.А. Молочек, О.Г. Рыльская, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, Д.Д. ЗАБОЛОТНАЯ, В.П. СЕМЕНЮК, В.И. ЛЕВАНДОВСКАЯ, Э.В. ПОТАПОВ (КИЕВ, ИВАНО-ФРАНКОВСК, ХАРЬКОВ; УКРАИНА)

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЗАЩИТНЫХ БЕЛКОВ И ПОЛИПЕПТИДОВ В РОТОГЛОТОЧНОМ СЕКРЕТЕ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ АДЕНОТОМИИ

Считается доказанным, что удаление части структурных образований системы иммунитета может негативно сказываться на формировании адекватных реакций на антипенные стимулы (О.Ф. Мельников и соавт, 1993; 2002; Л.И. Чернышова и соавт, 1998; В.Н. Верес, 2003; Ivarsson, 2002). Было исслеядовано влияние спленэктомии, тонзиллэктомии и тимэктомии на уровень реакций врожденного и приобретенного иммунитета и показано, что на начальных отрезках времени после операций происходит угнетение как местных , так и системных реакций приобретенного иммунитета , прежде всего, образования антител и иммунных киллеров (Э.В. Гюллинг, О.Ф. Мельников, 1972; Л.И. Чернышова и соавт., 1998; Jeger, 1986; Poul, 1989).

В настоящем сообщении приводятся данные по изучению состояния местного иммунитета у 24 детей в возрасте от 5 до 12 лет в различные сроки после аденотомии – 14 дней, 2 и 6 месяцев спустя. Контрольная группа представлена 11 практически здоровыми детьми аналогичного возраста. В не стимулированном ротоглоточном секрете (РС), собранном натощак, в одно и то же время, исследовали содержание иммуноглобулинов (метод радиальной иммунодиффузии), лактоферрина, провоспалительных цитокинов (интерлейконов 1 и 8), α- и γ-интерферонов. Было установлено, что до 2-х месяцев наблюдений у оперированных детей в РС отмечается снижение защитных факторов иммунитета (иммуноглобулинов, особенно секреторного IgA, лактоферрина. интерферонов) и сохраняется повышенная концентрация провоспалительных цитокинов. У значительной части обследуемых восстановление состояния местного иммунитета до уровня показателей в контрольной группе было на 6 месяце наблюдений.

Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости проведения в раннем и ближайшем отдаленном периодах после операции аденотомии иммунореабилитационных мероприятий с учетом естественной онтогенетической недостаточности иммунитета.

© *О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная, В.П. Семенюк, В.И. Левандовская, Э.В. Потапов, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, М.Б. САМБУР, М.Д. ТИМЧЕНКО, Т.В. СИДОРЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ИМУПРЕТА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТИБИОТИКАМИ

Известно, что большинство антибиотиков оказывает иммунодепрессорное действие на организм в связи с чем в настоящее время все чаще наряду (или последовательно) с применением антибиотиков используют иммуностимуляторы широкого спектра действия, хотя далеко не все иммунопрепараты обладают иммунореабилитационными свойствами (В.М. Манко и соавт., 2004; Р.И. Сепиашвили, 2004). В настоящей работе представлены экспериментальных данные о влиянии фитопрепарата Имупрет на уровень реакций иммунитета при действии некоторых групп антибиотиков, прежде всего на антителообразование, активность естественных цитотоксических клеток, количество клеток иммунитета в крови, включая мастафинные лимфоциты (МАЛ), массу органов иммунитета (тимуса и селезенки).

Было исследовано влияние препарата при введении нормальным животным (32 крысы Wistar) амоксициллина, цефтриаксона и ципрофлоксацина на протяжении 5 дней и одновременном пероральном приеме Имупрета и без него. В контроле (18 животных) было исследовано влияние только Имупрета или антибиотиков. Наибольшим иммунодепрессивным действием обладали цефалоспорин и фторхинолон, меньшим – представитель группы пенициллинов. Имупрет практически во всех наблюдениях восстанавливал массу вилочковой железы и селезенки, число лейкоцитов, уровень МАЛ и активность образования антител к протеогликанам клебсиеллы и гетероэритроцитам. Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности включения фитопрепарата Имупрет в качестве иммунореабилитационного средства при проведении антибиотикотерапии.

© *О.Ф. Мельников, М.Б. Самбур, М.Д. Тимченко, Т.В. Сидоренко, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, М.Д. ТИМЧЕНКО, М.Г. ДОБРИДИ (КИЕВ, УКРАИНА)

ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА РОТОГЛОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ ФАРИНГИТОМ ПРЕПАРАТОМ ЛИЗАК

На сегодня доказано, что состояние локального иммунитета в значительной мере определяет не только количественный уровень инфекционно-воспалительных заболеваний в области верхних дыхательных путей, но и формирование последующей антиинфекционной резистентности (Д.И. Заболотный и соавт., 2000; О.Ф. Мельников и соавт., 2004, Mayer e.a., 1998). Ликвидация инфекта, его элиминация и иммунотерапия последствий инфекционного воспалительного процесса являются основными составляющими эффективной реабилитации здоровья детей. В спектре существующих локально используемых противовоспалительных средств внимание было обращено на отечественный препарат Лизак. представляющий смесь лизоцима гидрохлорида и поверхностно активного вещества деквалиния хлорида, обладающий антивоспалительными и противомикробными свойствами. В настоящем сообщении обобщены данные по обследованию 36 детей острым фарингитом (ОФ) в возрасте от 4 до 12 лет и 14 практически здоровых детей аналогичного возраста. Дети с ОФ были разделены на три группы: 1-я – дети в возрасте от 4 до 8 лет, 2-я – 9-12 лет и 3-я – смешанная: от 4 до 12 лет. Дети первых двух групп получали Лизак в виде монотерапии (таблетки для рассасывания) на

протяжении 7 дней и затем были обследованы на 9 день от начала лечения, дети 3-й группы получали локально антисептик.

Иммунологическая характеристика локального иммунитета детей всех групп проводилась по исследованию нестимулированного ротоглоточного секрета, собранного натощак, по следующим тестам:

- уровню секреторной и мономерной форм иммуноглобулина А (метод радиальной иммунодиффузии);
- содержанию α и γ-интерферонов (иммуноферментный метод);
- концентрации провоспалительного цитокина – интерлейкина 1β (иммуноферментный метод);
- цитологической характеристике РС (цитохимический метод). Статистика проведена с использованием парного критерия «Т» и критерия «U».

Установлено, что у детей с ОФ уровни секреторного IgA были более низкими, чем у детей контрольной группы. Содержание мономерной формы IgA, интерферонов и интерлейкина-1β было значительно ($p<0,01$) повышено по сравнению с контролем. В цитологической характеристике РС детей с ОФ преобладало снижение числа эпителиальных клеток и повышение нейтрофильных лейкоцитов ($p<0,05$).

Проведенная терапия у детей 1 и 2 групп существенно не изменяла уровня секреторного IgA, но снижало концентрацию мономерной формы, что косвенно свидетельствует о снижении уровня гидролиз микроорганизмов, способных расщеплять димерную структуру секреторного IgA. У детей с ОФ , леченых препаратом Лизак, не выявлено существенных изменений в концентрации интерелейкина-1β, отмечена достоверная тенденция к нормализации уровня интерферонов, достоверному снижению количества воспалительных клеток и восстановлению числа эпителиоцитов в РС. У детей с ОФ, леченых традиционными методами, вектор изменений в показателях местного иммунитета за исключением иммуноглобулинов и содержания α- интерферона был сходным, но менее выраженным. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения препарата Лизак при острых воспалительных процессах в ротоглотке.

© *О.Ф. Мельников, М.Д. Тимченко, М.Г. Добриди, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, С.В. ТИМЧЕНКО, Т.Ю. ПАНЧЕНКО, Т.Ю. ВАСИЛЕНКО, Э.А. МУРЗИНА (КИЕВ, УКРАИНА)

ВЛИЯНИЕ IN VITRO РАЗЛИЧНЫХ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИМФОЦИТОВ И ФАГОЦИТОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ НАРУЖНЫМ ОТИТОМ

Исследовано влияние иммуномодуляторов различной природы – тиотриазолина, тимогена, биоферона, эхинацеи композитум и полиоксидония на экспрессию поверхностных антигенов CD2,14,25,56 на клетках крови, их естественную цитолитическую и фагоцитарную активность, способность к продукции интерферонов in vitro у больных рецидивирующим наружным отитом в стадии клинической ремиссии. Наиболее эффективными в каждом варианте исследований были следующие препараты (по мере снижения эффективности): по CD2-экспрессии – не выявлено эффективности ни у одного из перечисленных лекарственных средств; по CD14-экспрессии – эхинацея композитум, полиоксидоний; по CD25 – тимоген, эхинацея; по CD56-экспрессии – тиотриазолин, тимоген. ЕЦК активность наиболее эффективно стимулировали полиоксидоний, биоферон, тиотриазолин, а фагоцитоз – эхинацея композитум и полиоксидоний. Спонтанную продукцию наиболее эффективно усиливали биоферон и полиоксидоний. По сумме положительных влияний как на экспрессию различных антигенов, так и на нормализацию функций иммунокомпетентных клеток крови больных рецидивирующим наружным отитом, наиболее эффективными препаратами представляются полиоксидоний, эхинацея композитум и тимоген, которые могут быть использованы в качестве ведущего компонента в противорецидивной терапии наружного отита.

© *О.Ф. Мельников, С.В. Тимченко, Т.Ю. Панченко, Т.Ю. Василенко,Э.А. Мурзина, 2011*

О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, С.В. ТИМЧЕНКО, Т.В. МАЛЯРЕНКО, Т.В. СИДОРЕНКО, А.И. КАМИНСКАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ДЕЗАЛЛЕРГИЗИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА РИНИТАЛ

Клинико-экспериментальные исследования механизмов действия препарата Ринитал были направлены на исследование уровня реагинов в сыворотке крови больных поллинозом до и после его применения (ИФА-метод, реактивы Хема-Медика, РФ). Также исследовано влияние препарата на угнетение формирования IgE-антител на пыльцу амброзии в условиях экспериментальной аллергии в органах дыхания животных (метод дегрануляции тканевых бвазофилов). Кроме того определяли действие Ринитала на развитие отека в стопе крыс при введении флогогена (каррагинан) и на выявление мембраностабилизирующих свойств препарата при использовании in vitro неспецифического либератора биологически активных веществ (БАВ) из тканевых базофилов.

Было определено, что терапия больных препаратом сопровождалась снижением уровня реагинов на 55% у большинства обследованных, которое достигало уровня контрольных значений. Препарат Ринитал эффективно блокировал формирование экспериментальной немедленной аллергии в органах дыхания животных на пыльцу амброзии и существенно снижал развитие асептического отека. Одним из эффективных механизмов не- иммунологической природы была мембраностабилизирующая активность препарата, что приводило к снижению выброса БАВ из тканевых базофилов.

Полученные данные свидетельствуют о наличии у препарата Ринитал широкого спектра противоаллергической и противовоспалительной активности, что позволяет рекомендовать применение препарата у больных различными формами аллергического ринита.

© *О.Ф. Мельников, С.В. Тимченко, Т.В. Маляренко, Т.В. Сидоренко, А.И. Каминская, 2011*

Т.Г. МИЛОЧЕНКО, Б.И. ПАВЛЫК, Б.И. БЕЗБАХ (КИЕВ, УКРАИНА)

ДООПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ФОНОТЕРАПИЯ

Проблемой реабилитации ПСГ является восстановление не только дыхательной функции, но и голосообразовательной. Этим можно объяснить существование большого количества разнообразных способов хирургического лечения.

Наиболее перспективными в этом плане является эндоскопический способ хирургического лечения. Преимуществом данного подхода является значительно меньший травматизм как в отношении всей анатомической структуры гортани, так и непосредственно его голосового аппарата. Также следует отметить, что данный способ лечения позволяет прогнозировано формировать голосовую щель, имеется в виду ее форму, и что особенно актуально для голосообразующей функции, её передний отдел.

У больных со стенозом гортани в дооперационном периоде, как правило, нарушен характер дыхания, который становится поверхностным, отрывистым, верхнегрудным с усиленным «втягиванием» воздуха на вдохе. А также наблюдается неадекватная работа артикуляционного и голосового аппарата.

Поэтому на первом этапе при подготовке к оперативному вмешательству включали ряд голосовых и дыхательных упражнений, а также проводили работу по улучшению эмоционального фона – уменьшение тревожности. Упражнения на активную работу артикуляционного аппарата, на продолжительный выдох, на задержанный вдох с последующим толчкообразным выдохом, таким образом увеличивали время максимальной фонации. В работе применяли методику парадоксального дыхания. Из звукового ряда подбирали гласные звуки с низкой частотой «а», «у», «ы» и иотированные – j (ай яй яй, ой ёй ёй, уюй юй).

Из гласных звуков – звук «А» самый простой наименьшего импеданса. При его образовании расширяется объем ротовой полости, он является самым громким гласным, не требует плотного смыкания голосовых складок. Звук «ы» – наибольшего импеданса. При фонации «ы» наиболее плотное смыкание голосовых складок. Произнесение звуков с j с незначительным шумом вызывает краевое колебание

голосовых складок. Таким образом, основной задачей предоперационной фонопедической коррекции является: формирование дыхательной «опоры» – увеличение времени максимальной фонации, коррекция дисбаланса мышечного тонуса, уменьшение чрезмерного фонационного давления.

В период постоперационной фонопедической реабилитации рекомендовали больному артикуляционные упражнения и жевательный метод: 3) жевать и дышать; 2) жевать и говорить; я3) жевать с открытым и закрытым ртом.

Для снятия мышечного напряжения рекомендовали лёгкое поглаживание, массирование. Пальцы помещаем на заднюю часть щитовидного хряща и нежно массируем вращательными движениями, затем пальцы помещаем на верхнюю часть щитовидного хряща и массируем легкими движениями книзу и в стороны. Применяли японский массаж Шиацу. На передней поверхности шеи по четырем точкам, расположенным на переднем крае грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Мягко нажимая трижды с каждой стороны, затем массировали точки на боковой поверхности шеи, которые расположены на прямой линии идущей вертикально вниз от нижней точки основания ушной раковины. Каждая точка массируется 3 секунды и повторяется трижды.

Изолированно над дыханием не работали, т. к. дыхание подстраивается под звуковой ряд звуков. На первом этапе целью занятий является выработка трахео-ларингеального голоса. Тренируем здоровую часть гортани с оставшейся частью гортани или с вестибулярной складкой. Занятия проводятся на твёрдой атаке, создавая наибольшее подскладковое давление (импеданс), с низко опущенной головой, с ощущением вибрации в области трахеи и верхней области грудной клетки. Голос на первом этапе грубый, низкого звучания. Затем работа над тембром и силой голоса проводится при высоком положении гортани с несколько приподнятой головой, а сужение глоточной трубки способствует усилению громкости звука.

Курс реабилитации предполагает от 3-х до 10 занятий.

© *Т.Г. Милоченко, Б.И. Павлык, Б.И. Безбах, 2011*

Ю.В. МІТІН, В.М. ВАСИЛЬЄВ, О.М. НАУМЕНКО, Ю.В. ДЄЄВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Кафедра оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця від її заснування і до нинішнього часу завжди займала провідне місце серед кафедр медичних вузів України. Керівниками кафедри в різні роки були: О.М. Пучківський (1921-1937 рр.), Л.І. Гіренко (1938-1939 рр.), А.Л. Гінзбург (1939-1944 рр.), Я.О. Шварцберг (1944-1963 рр.), І.А. Курилін (1963-1984 рр.), а з 1985 року кафедру очолює професор Ю.В. Мітін.

Засновником кафедри оториноларингології 1-го Київського медичного інституту був відомий вчений, професор О. М. Пучківський (1881-1937 рр.). Ця визначна для нашої спеціальності подія відбулася в 1921 році, і кафедра спочатку була відкрита в приміщенні хірургічного корпусу (бульвар Т. Шевченка, 17), де проводився амбулаторний прийом хворих та заняття зі студентами. Першими співробітниками кафедри були асистенти Л.І. Гіренко і А.М. Кекало, ординатор А.З. Дубровський, для проведення практичних занять залучались лікарі М.Ф. Пітенко, С.В. Михайловський, Л.А. Зарицький, які в майбутньому стали відомими вченими-оториноларингологами. Професор О.М. Пучківський був автором двох перших україномовних підручників – «Хвороби вуха, носа та горлянки» (1926 і 1932 рр.). Його наукові інтереси стосувалися всіх розділів спеціальності, але найбільшу увагу він придавав вивченню інфекційних гранулем – туберкульозу та склероми, які на той час були дуже поширені.

В 1944 році Київський медінститут повернувся на Україну і кафедру оториноларингології очолив професор Я.О. Шварцберг (1885-1969 рр.). Він був також і організатором післявоєнного розвитку ЛОР-служби в м. Києві та й на території всієї України, відновив роботу Київського наукового товариства оториноларингологів, був його головою до 1963 року. З 1944 по 1955 р. проф. Я.О. Шварцберг був головним спеціалістом МОЗ УРСР, з 1948 р. по 1955 р. Головою Правління Українського ЛОР-товариства, організатором II з'їзду отоларингологів України (м. Київ, 1948 р). Він запровадив в оториноларингологічну практику виконання операції абсцестонзилектомії, одним з перших застосував парамеатальне введення препаратів, застосував

стрептоміцин при склеромі дихальних шляхів, розробив нову конструкцію бужів для лікування хворих на склерому.

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

Професор І.А. Курилін запросив для роботи на кафедрі групу молодих енергійних лікарів, які стали його учнями, запропонував їм розробку нових науково-практичних напрямків в оториноларингології, що дозволило йому сформувати свою власну наукову школу. Як визнання великих заслуг професора І.А. Куриліна і його школи в розвитку реконструктивно-відновлюваної хірургії носа, глотки, гортані, трахеї і стравоходу рішенням уряду України професору І.А. Куриліну та його учням Ф.О.Тишку і М.Ф. Федуну одним з перших в історії Київського мединституту в 1979 році була присуджена Державна премія України в галузі науки і техніки.

Сучасний етап розвитку кафедри розпочався з червня 1985 року, коли був обраний за конкурсом новий завідувач – професор Ю.В. Мітін. Співробітники ЛОР-кафедри під керівництвом Заслуженого діяча науки і техніки України професора Ю.В. Мітіна не тільки продовжили розробку традиційних для кафедри науково-практичних напрямків, але й розпочали роботу над новими науковими проблемами. Під керівництвом професора Ю.В.Мітіна були захищені 2 докторські та 21 кандидатська дисертація, нині на кафедрі завершується виконання ще 3 докторських і 7 кандидатських робіт.

Кафедра оториноларингології НМУ ім. О.О. Богомольця є опорною, серед медвузів України. За короткий період на кафедрі був створений повний навчально-методичний комплекс, який систематично оновлюється у відповідності до існуючих положень та навчального плану. Під керівництвом професора Ю.В. Мітіна було написано 4 типових навчальних програми для студентів, 9 підручників українською, російською та англійською мовами для медвузів IV рівня акредитації, 2 підручника для медичних закладів I-II рівнів, 11 навчально-методичних посібників.

© *Ю.В. Мітін, В.М. Васильєв, О.М. Науменко, Ю.В. Дєєва, 2011*

Ю.В. МІТІН, В.Л. ДІДКОВСЬКИЙ, Н.І. ТЕРЕНТЬЄВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АБЛЯЦІЇ ТА ПІДСЛИЗЕВОЇ ВАЗОТОМІЇ НИЖНІХ НОСОВИХ РАКОВИН ПРИ ВАЗОМОТОРНОМУ РИНІТІ

Вазомоторний риніт – розповсюджене захворювання і в останні роки кількість хворих з цією патологією постійно збільшується (С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов, 1995; Я.А. Накатис, С.А. Пинчук, 1998; М.С. Плужников, 2002). В структурі хронічних ринитов, в настоящий час, вазомоторний риніт складає 21 % (Г.А. Гаджимирзаев, А.А. Гамзатова, Р.Г. Гаджимирзаева, 2004), і частота його збільшується серед осіб працездатного віку. Нині для лікування вазомоторного риніту широко виконують підслизову вазотомію (Ю.В.Мітін, 2010).

Увага отоларингологів останнім часом прикована до розробки оптимальних об'ємів та техніки виконання оперативних втручань на носових раковинах, що робить можливим забезпечити максимальне збереження анатомічних структур разом з адекватною радикальністю (М.С. Плужников, 2008). Особливий інтерес представляють методики направлені на роботу в підслизовому шарі, що дозволяє зберегти миготливий епітелій (Г.З. Пискунов, 2006). Одним з перспективних напрямків лікування хворих з назальною обструкцією є використання ультразвукової абляції, завдяки її неінвазивності.

Метою цього дослідження була порівняльна оцінка ультразвукової абляції та підслизової вазотомії нижніх носових раковин при вазомоторному риніті в ранньому післяопераційному та віддаленому періодах.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось у 40 осіб, з яких 22 було проведено підслизову вазотомію нижніх носових раковин в умовах стаціонару, а у 18 осіб – ультразвукова абляція нижніх носових раковин в амбулаторних умовах. В передопераційному обстеженні пацієнтів з метою виключення алергії проводили прик-тести за допомогою набору водно-гліцеринових мікст-алергенів на ланцетах. Для дослідження функції війкового епітелію вико-

нували сахариновий тест. Контрольна група складала 10 здорових осіб, у яких були відсутні гострі та хронічні запальні процеси в порожнині носа та глотки. Час проходження сахарину через ніс фіксували по секундоміру (поява відчуття солодкого в порожнині рота при періодичних ковтальних рухах). Тест проводили до проведення втручання на нижніх носових раковинах та на 7-й і 10-й день, через 1 місяць після нього.

Після проведення підслизової вазотомії та ультразвукової абляції у хворих на вазомоторний риніт на 7-й та 10-й день відмічали зниження рухової активності миготливого епітелію за даними сахаринового тесту у порівнянні з контрольною групою. Показники сахаринового тесту у пацієнтів після проведення підслизової вазотомії та ультразвукової абляції через 1 місяць після оперативного втручання статистично не відрізнялися.

В віддаленому періоді (через 1 рік) стійкі задовільні результати з боку носового дихання були відмічені в групі після підслизової вазотомії в 87,2% пацієнтів та відповідно 85,6% в групі пацієнтів після ультразвукової абляції.

Застосування ультразвукової абляції нижніх носових раковин при вазомоторному риніті показало в віддаленому періодах майже однакову ефективність в порівнянні з підслизовою вазотомією. Але, перевагами цього методу є відсутність тампонади порожнини носа, неінвазивність, можливість використання виключно в амбулаторних умовах. При відповідному відборі пацієнтів, ультразвукову абляцію нижніх носових раковин можна розглядати в якості методу вибору для лікування нейровегетативної форми вазомоторного риніту в амбулаторних умовах.

© *Ю.В. Мітін, В.Л. Дідковський, Н.І. Терентьєва, 2011*

Ю.В. МІТІН, С.П. ШИЯН, О.М. СОРОКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ПОЛІПОЗНИХ РИНОСИНУЇТІВ

Поліпозний риносинуїт є досить поширеним хронічним захворюванням, яке нерідко може мати важкий клінічний перебіг і спричинювати небезпечні ускладнення. Проте і неускладнені форми захворювання значно знижують якість життя пацієнтів. Ця патологія характеризується доброякісним ростом тканини, переважно слизової оболонки навколоносових пазух, найчастіше – з передніх клітин ґратчастого лабіринту. Етіологія та патогенез захворювання дотепер залишаються остаточно не з'ясованними. Найхарактернішими симптомами захворювання є закладеність носа та зниження нюху. Носовий поліпоз є результатом хронічного запалення слизової оболонки носа та приносових пазух. Точний механізм формування поліпа не повністю зрозумілий, тому вивчення цього питання триває до цього часу. Існують гіпотези про роль мікроорганізмів у розвитку цього захворювання, зокрема грибів та стафілококів, однак це досить дискутабельне питання. Одними з найбільш значущих ланок патогенезу поліпозу носа є: хронічне запалення в слизовій оболонці носа та приносових пазух, еозинофільна інфільтрація тканин та оксидативний стрес. Тканина поліпа інфільтрована переважно еозинофілами, лімфоцитами, плазмоцитами та опасистими клітинами. Активні еозинофіли, що інфільтрують тканину поліпа, продукують велику кількість білків з різними токсичними властивостями (цитокіни (IL-5), хемокіни, фактори росту). Оксидативний стрес характеризується підвищеною активністю вільно радикальних процесів і, як наслідок, декомпенсації перекисного окислення ліпідів. Це в свою чергу веде до порушення цілісності біомембран клітин слизових оболонок, зокрема носа та приносових пазух, та вивільнення арахідонової кислоти, яка здатна швидко метаболізуватися, перетворюючись на високоактивні сполуки – простагландини та лейкотрієни. Лікування будь-якого захворювання має базуватися на усуненні причинних факторів. Нажаль, в більшості випадків ми не маємо ясності в етіології поліпів носа. Оскільки в основі патогенезу лежить тривале хронічне запалення, наші дії мають бути спрямовані на неспецифічне лікування цього запального процесу.Нами була обстежена група із 25 пацієнтів з хронічним поліпозним риносинуїтом (основна група) та 25 пацієнтів з гіпертрофічним ринітом та викривленням носової переділки (контрольна група). Характеристика пацієнтів: вік від 25 до 65 років, всі пацієнти поступили на планове оперативне лікування, ніхто з пацієнтів не мав гострої інфекції, системних захворювань, також не був обтяжений медикаментозний та алергологічний анамнез. Матеріалом для дослідження були: основна група – кров та поліпозна тканина, контрольна група – кров та тканина гіпертрофованої нижньої носової раковини. Всі

матеріали були взяті під час оперативного втручання. В крові обох груп пацієнтів були визначені рівні насичених жирних кислот (міристинова та стеаринова) та поліненасичених жирних кислот (лінолева та арахідонова), також були досліджені рівні антиоксидантів – глутатіона, супероксиддесмутази (СОД), α-токоферола, каталази, показники оксидативного стресу – малоновийдиальдегід (МДА), 4-гідроксиноненал (4-HNE). МДА, 4-HNE, глутатіон, α-токоферол, НЖК та ПННЖК були визначені також в поліпозній тканині та тканині нижньої носової раковини. Отримані результати: у пацієнтів з назальним поліпозом виявлено знижені рівні насичених жирних кислот (міристинової і стеаринової) та підвищені рівні поліненасичених жирних кислот (лінолевої і арахідонової) в порівнянні з контрольною групою пацієнтів. Показники рівня антиоксидантів (глутатіон, СОД, α-токоферол, каталази) у пацієнтів назальним поліпозом були значно нижчими ніж у пацієнтів з гіпертрофічним ринітом, в той же час рівні МДА та 4-HNE були вищими у пацієнтів з назальним поліпозом. Висновки: 1) дослідження демонструє що показники оксидативного стресу та антиоксидантного захисту у пацієнтів з поліпозом носа значно відрізняються від показників контрольної групи; 2) рівні антиоксидантів в крові та тканині знизилися, а показники оксидативного стресу значно збільшилися в порівнянні з контрольною групою; 3) це дослідження показує значення оксидативного стресу у патогенезі назального поліпозу та висвітлює доцільність призначення антиоксидантної терапії для запобігання вільнорадикального пошкодження тканини при назальному поліпозі.

© *Ю.В. Мітін, С.П. Шиян, О.М. Сорока, 2011*

Ю.В. МІТІН, Л.Р. КРИНИЧКО, О.О. ОСТРОВСЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ РАНІШЕ ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ХРОНІЧНОГО ПОЛІПОЗНОГО ЕТМОЇДИТУ

Хронічний поліпозний етмоїдит (ХПЕ) є важливою соціальною проблемою сьогодення не тільки в оториноларингології, але й у медицині загалом, оскільки має тривалий рецидивуючий перебіг, характеризується малоефективним лікуванням і спостергігається, як правило у населення молодого і середнього віку. Щорічно від 15% до 25% хворих на ХПЕ від усіх оториноларингологічних пацієнтів потребують лікування (В.Ф. Филатов, 1978, А.С. Лопатин, 1993; Ю.И. Гладуш, 1995).

Згідно наших даних кожного року на хірургічне лікування потрапляють від 4-15% хворих на ХПЕ, із них від 1% до 5% – вже раніше оперованих з приводу цієї патології і, на нашу думку, потребують іншого підходу до проведення реоперативного втручання і післяопераційного ведення. Тому метою нашого дослідження стало підвищення ефективності лікування раніше оперованих хворих з приводу ХПЕ шляхом вдосконалення хірургічного лікування та розробки нових схем післяопераційної реабілітації даних хворих.

Для цього було обстежено і проліковано 97 раніше оперованих хворих з приводу ХПЕ, які були поділені на 2 групи (до 1 групи, 48 осіб, увійшли хворі проліковані традиційним способом, до 2 групи, 49 осіб, – за нашою схемою). Схема лікуваня раніше оперованих хворих складалась з виконання ендоскопічної поліпоетмоїдотомії, яка доповнювалась кількома щадними ендоскопічними операціями, в залежності від виявлених попередньо змін архітектоніки носової порожнини (тобто хірургічне лікування обов'язково було ендоскопічним, щадним і комбінованим) та використання в післяопераційному періоді сорбентів і проведення селективної вазотомії варикозно розширених вен слизової оболонки порожнини носа. В якості сорбента ми використовували 1% суспензію аморфного високодисперсного кремнезему Силіксу, частинки якого мають нанометричні розміри, за рахунок чого збільшується загальна поверхня діючої речовини та реалізуються його гідрофільна, білоксорбуюча властивість та відбувається «адсорбція» мікроорганізмів та пролангація дії інших ліків. Силікс вводився ендоназально на марлевих тампонах одразу після операції та в післяопераційному періоді протягом 1 місяця по 1 вприскуванню 2 рази на день. Застосування аплікаційної сорбції під час післяопераційної реабілітації забезпечувало не лише швидке очищення слизової оболонки від продуктів вторинного запалення і згустків крові, але і прискорювало перехід першої фази перебігу раньового процесу – травматичного запалення в другу фазу – регенерації, за рахунок впливу наноструктурних частин кремнезему на проникність тканинних мембран (Т.М. Хомин, А.В. Процюк, 1988). Таким чином, тканина, яка

утворюється в другій фазі раньового процесу швидко епітелізуєтьсяї (на 5-ту 7-му добу). Крім того у хворих на ХПЕ у ранньому післяопераційному періоді спостерігається тенденція порушення моделювання епітелізації в бік збільшення утворення сполучної тканини. Одним із способів профілактики утворення синехій є зменшення кровопостачання окремих ділянок слизової оболонки. Для цього виконувалась селективна вазотомія судин слизової оболонки порожнини носа на 7-10 ден після операції (в залежності від очищення слизової оболонки) під контролем ендоскопа в ділянці сфеноетмоїдальної кишені, де виявлялись надмірно розширені звивисті судини.

Результат лікування ми оцінювали за даними ендоскопічного огляду і функціонального обстеження порожнини носа через 1 місяць після операції, через 1 рік та у віддаленому періоді (більше 1 року). Під час ендоскопічного огляду позитивним вважався такий результат, коли при ендоскопічному огляді носової порожнини не було виявлено поліпозної тканини та синехій. Через 1 місяць після операції різниця між позитивним результатом лікування хворих 1 і 2 групи, на підставі ендоскопічного огляду, незначна і становила 89% та 93%. Проте, через 1 рік зміни архітектоніки носової порожнини виявляються достовірно нижче у хворих 1 групи (62%) в порівнянні з хворими 2 групи (76%). Така тенденція зберігається і у віддаленому періоді (63,2% хворих 1групи і 72,8% 2 групи). Відновлення носового дихання (оцінювалось ринопневмометром) протягом 1 місяця після операції отримано у 89,4% раніше оперованих хворих на ХПЕ 1 групи і у 84,1% – 2 групи. Проте через 1 рік та у віддаленому періоді нормалізація носового дихання спостерігається у більшої кількості хворих в 2 групі (1 рік: 58,6% хворих 1 групи і 76,4% – 2 групи; у віддаленому періоді: 42,9% хворих 1 групи і 60% – 2 групи). Через 1 місяць після операції відновлення нюху (якісна ольфактометрія) наступило у 95,5% хворих 2 групи і у 94,6% хворих 1 групи. Через 1 рік після операції всі запахи розпізнавали 81,5% хворих 2 групи і 55,2% хворих 1 групи. У віддаленому періоді нормальний нюх виявлено у 55% хворих 2 групи і 42% хворих 1 групи. Через 1 місяць після операції нормальні показники «сахаринового» тесту виявлено у 36,4% хворих 2 групи і 38,3% 1 групи, і відповідно в термін 1 рік – 47,4% хворих 2 групи і 31% хворих 1 групи, та у віддаленому періоді – 30% хворих 2 групи і 19,1% хворих 1 групи.

Запропонована нами схема лікування, що складалась з комбінації відеоендоскопічних ощадливих втручань з місцевою сорбційною терапією та селективною вазотомією в ранньому післяопераційному періоді, виявилась ефективною у 76% хворих на ХПЕ 2 групи в порівнянні з результатами лікування таких хворих 1 групи – 66% оперованих хворих на ХПЕ.

© *Ю.В. Мітін, Л.Р. Криничко, О.О. Островська, 2011*

Е.И. НАЗАРУК, В.П. ГОНЧАРУК, Э.Э. АРИФОВА
(СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

КЕРАТОАКАНТОМА В ПРАКТИКЕ ОТОЛАРИНГОЛОГА

Клинический интерес представляет наблюдение случая атипичной кератоакантомы в ухе. Кератоакантома (син.: моллюск сальный, моллюск роговой, веррукома Гужеро) – доброкачественная эпителиальная опухоль кожи в виде шаровидного узла с кратерообразным углублением в центре, заполненным ороговевшим эпителием. Важная роль в ее развитии принадлежит УФ-облучению, химическим канцерогенам, некоторым типам вируса папилломы человека. Имеет значение механическая травма, а также генетический фактор (семейные случаи кератоакантом).

Клинически различают типичные и атипичные кератоакантомы: К. типичная (моллюсковидная, кратериформная) – солитарная куполообразная опухоль диаметром до 2 см, округлой или овальной формы, синюшно-розовой окраски или цвета нормальной кожи, плотной консистенции с центральной «псевдоязвой», заполненной роговыми массами, которые образуют западение или выступают над поверхностью. Периферическая валикообразная зона имеет плотную консистенцию, кожа над ней растянута, с наличием телеангиэктазий. Рецидивов не бывает. Локализуется чаще на открытых участках – кистях, лице. Характерно отсутствие кровоточивости при удалении роговых масс с поверхности псевдоязвы. Регионарные лимфоузлы не увеличены. К. атипичные (гигантская; стойкая; грибовидная; роговая; мультинодулярная; центробежная; подногтевая; множественная; слизистых оболочек; реци-

дивная) могут трансформироваться в плоскоклеточный рак кожи.

Эволюция и специфика роста (развития) кератоакантом следующая: возможна спонтанная инволюция с формированием на месте опухоли рубцовой атрофии; атипичные, особенно рецидивирующие стойкие (с течением более 3 месяца), которые редко самоизлечиваются, могут трансформироваться в плоскоклеточный рак кожи, что наблюдается в 19% случаев.

Следует отметить, что у лиц с кератоакантомами, особенно атипичными, отмечено значительное нарушение противоопухолевого иммунитета: снижение числа Т-лимфоцитов, подавление их пролиферативной активности, выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы опухоли редка (встречается в стадии стабилизации). Дифференциальный диагноз атипичных кератоакантом особенно сложен с плоскоклеточным раком кожи. Кератоакантому необходимо также отличать от базалиомы, метастаза рака внутренних органов в кожу, старческой кератомы.

Лечение: кератоакантомы удаляют или разрушают хирургически (необходимо гистопатологическое исследование), с помощью криодеструкции, диатермокоагуляции, кюретажа, лучами лазера (CO2, неодимовый). Однако, учитывая склонность кератоакантом к самоизлечению, рекомендуется придерживаться «выжидательной» тактики в течение 3 месяцев. Альтернативой хирургическому лечению кератоакантом является рентгенотерапия в дозе до 1750 Р; при её превышении высок риск рентгеновских дерматитов. После рентгенотерапии возможны рецидивы; иногда кератоакантома резистентна к ней.

В клинику обратилась пациентка С. 69 лет, с доброкачественным новообразованием наружного слухового прохода. При поступлении у пациентки выявлен также хронический мезотимпанит, сахарный диабет второго типа, ожирение 3 степени. Результат биопсии – кератоакантома. Консультирована онкологом. Прошла стандартное клиническое обследование. Произведено хирургическое удаление новообразования, получала консервативное симптоматическое лечение до восстановления просвета и полной эпидермизации кожи наружного слухового прохода. Через месяц после выписки из отделения пациентка поступает вновь с рецидивом новообразования. Повторно произведено хирургическое удаление новообразования с криодеструкцией остатков новообразования на нижней стенке наружного слухового прохода. Следующий рецидив развился спустя 3 месяца. Произведена компьютерная томография головного мозга и височных костей. Выявлено новообразование в пределах наружного слухового прохода с распространением в ткань околоушной слюнной железы. Поле удаления опухоли в пределах здоровых тканей, по согласованию с радиологом, прошла противорецидивный курс телегаммaтерапии. Последующий рецидив болезни развился спустя 5 месяцев, получала консервативное симптоматическое лечение без стойкого положительного эффекта. У пациентки сформировался свищ в заушной области с хрящевым отделом наружного слухового прохода. После хирургического удаления опухоли в наружном слуховом проходе и в свищевом ходе, пациентке начата криодеструкция опухолевых тканей с экспозицией криоаппликатора до 2 минут, с интервалом неделя, пять раз. Между воздействиями проводилось удаление некротических тканей, местное и системное симптоматическое лечение. В результате лечения свищ зажил вторичным натяжением, просвет наружного слухового прохода умеренно сужен, эпидермизирован, с участками рубцевания. Динамическое наблюдение в течение 9 месяцев проходит безрецидивно.

Наше наблюдение интересно редкой локализацией атипичной кератоакантомы, упорным рецидивирующим агрессивным течением, хорошей инволюцией в результате деструктивного воздействия криолечения.

© *Е.И. Назарук, В.П. Гончарук, Э.Э. Арифова, 2011*

О.М. НАУМЕНКО, О.В. ДІХТЯРУК, А.В. КАПЛІЄВА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ВПЛИВ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРОБІОТИКА BIO GAIA НА МІКРОФЛОРУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

В здоровому організмі постійна мікрофлора виконує функцію біологічного бар'єру, перешкоджаючи розмноженню патогенних мікроорганізмів, що поступають із зовнішнього середовища. Вона також бере участь в самоочищенні порожнини рота, і є постійним стимулятором місцевого імунітету. Стійкі зміни складу і властивостей мікрофлори, обумовлені зни-

женням реактивності організму, резистентності слизової оболонки порожнини рота, а також деякими лікувальними заходами (променева терапія, прийом антибіотиків, імуномодуляторів та ін.), можуть призводити до виникнення різних захворювань порожнини рота, глотки і гортані, збудниками яких бувають як патогенні мікроорганізми, що потрапляють ззовні, так і умовнопатогенні представники постійної мікрофлори ротової порожнини.

Видовий склад постійної мікрофлори порожнини рота в нормі досить стабільний і включає представників різних мікроорганізмів (бактерії, грибки, прості, віруси та ін.). Переважають бактерії анаеробного типу дихання – стрептокок, молочнокислі бактерії (лактобацили), бактероїди, фузобактерии, порфиромонады, превотеллы, вейонеллы, спірохети а також актиноміцети. Основними чинниками кількості мікробів в порожнині рота залежить від гігієнічного догляду за порожниною рота і розмноження постійної мікрофлори.

Тривалому перебуванню представників непостійної мікрофлори і продуктів їх життєдіяльності в порожнині рота перешкоджають місцеві неспецифічні чинники захисту – лізоцим слини, фагоцити, а також постійно присутні в порожнині рота лактобацили, які є антагоністами багатьох непостійних мешканців порожнини рота. До непостійних мікроорганізмів ротової порожнини відносяться ешеріхії, аеробактерії, протей, клебсієли, псевдомонади та ін. При порушеннях фізіологічного стану порожнини рота представники непостійної флори можуть затримуватися в ній і розмножуватися.

Метою нашого дослідження є вивчення стану мікрофлори ротової порожнини та співвідношення кількісного складу представників патогенної та умовнопатогенної мікрофлори після прийому пробіотика пероральної дії BioGaia. В дослідженні приймають участь 40 волонтерів, які отримували BioGaia впродовж 30 днів 1 раз на добу. Основним компонентом препарату є Lactobacillus Reuteri Prodentis. Результати застосування пробіотика оцінювались на 15-й та 30-й день від початку прийому препарату, а також через один місяць після закінчення повного курсу лікування.

© *О.М. Науменко, О.В. Діхтярук, А.В. Каплієва, 2011*

П.В. НЕЧИПОРЕНКО, О.Н. КОВАЛЬ, А.В. КОВАЛЕВА, Е.А. СТУПАК
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Среди внутричерепных осложнений отогенного генеза абсцессы головного мозга (АГМ) являются наиболее тяжелой и опасной для жизни больного патологией. Уровень смертности при отогенных внутричерепных гнойных осложнениях остается высоким и составляет около 15-20%. Если лечение начато на стадии комы или на фоне быстрого прогрессирования неврологических симптомов, летальность возрастает до 50% .

Целью нашей работы являлась оптимизация комплексного лечения отогенных абсцессов головного мозга.

Материалы и методы. За последние 20 лет в клинике на лечении находились 39 больных с отогенным абсцессом головного мозга, мужчин – 25 (64%), женщин – 14(36%). Средний возраст наблюдающихся больных составил 40,8 года. У 34 (87%) пациентов АГМ развился как осложнение хронического гнойного среднего отита, у 5 (13%) – острого.

Диагноз АГМ устанавливали на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования, КТ (СКТ) с контрастным усилением и магнитно-резонансной томографии головного мозга, что позволяло точно определить локализацию АГМ и стадию развития патологического процесса.

Хирургическое вмешательство во всех случаях АГМ выполнено в ургентном порядке. У 34 (87%) больных произведена расширенная аттикоантромастоидотомия с обнажением твердой мозговой оболочки средней или задней черепных ямок. Объем операции зависел от распространенности патологического процесса. Непораженную часть барабанной перепонки и слуховые косточки по возможности максимально сохраняли. Операцию заканчивали вскрытием и дренированием полости абсцесса, выполнением широкой меатоконхопластики и ушиванием заушной раны наглухо. В послеоперационном периоде дренирование полости абсцесса осуществляли через широко сформированный слуховой проход. Смена дренажа проводилась ежедневно. В 68% случаев при-

меняли пассивное дренирование, в 32% – при наличии капсулы абсцесс дренировали по типу приток-отток.

У 5 больных при остром процессе выполняли расширенную мастоидотомию (мастоидэктомию). Обнажали твердую мозговую оболочку средней или задней черепных ямок, пунктировали мозговые структуры, рассекали твердую мозговую оболочку, в полость абсцесса вводили дренаж. Заушную рану не зашивали до полной санации патологического очага. В последующем производили отсроченную мастоидопластику.

Полученные результаты и их обсуждение. Хирургическое лечение и адекватная интенсивная терапия, проводимая нами в послеоперационном периоде, позволили добиться положительных результатов в 88,2% случаев, избежать отсроченной плановой операции – пластики заушной раны и наружного слухового прохода, уменьшить риск развития послеоперационных осложнений, контролировать процесс санации полости абсцесса, сократить время пребывания больных в стационаре в среднем на 9 дней.

Выводы. Применяемая нами хирургическая тактика с максимальным сохранением не пораженных патологическим процессом структур барабанной полости и закрытым ведением послеоперационной полости и полости абсцесса головного мозга через широко сформированный слуховой проход позволяет:

- ускорить заживление послеоперационной раны;
- избежать отсроченной плановой операции;
- уменьшить риск развития рубцовых стенозов наружного слухового прохода;
- визуально и инструментально контролировать процесс санации полости абсцесса;
- при необходимости производить (в отдаленном послеоперационном периоде) тимпанопластику;
- сократить время пребывания больных в стационаре в среднем на 9 дней.

© *П.В. Нечипоренко, О.Н. Коваль, А.В. Ковалева, Е.А. Ступак, 2011*

П.В. НЕЧИПОРЕНКО, М.И. СИТУХО, А.С. ПЛАТОНОВ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Среди внутричерепных осложнений отогенного генеза гнойный менингит является особенно опасной для жизни и тяжело протекающей патологией.

Смертность при внутричерепных гнойных процессах отогенного генеза остается высокой и составляет 15-20%. Если лечение начато на стадии комы или на фоне быстрого прогрессирования неврологических симптомов, летальность возрастает до 50%. Выбор лечебной тактики зависит от выраженности патологического процесса. Традиционно при острых гнойных средних отитах (ОГСО), осложненных гнойным менингитом, выполняется мастоидотомия (В.Т. Пальчун, 2008; S. Iurato, 2010; G. Wanna, 2010). При этом разрушается вся клеточная система сосцевидного отростка, неизмененная, как правило, при острых отитах, формируется открытая заушная рана, которая требует длительного местного лечения. Это ухудшает функциональные результаты лечения, увеличивает продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Целью нашей работы являлась разработка щадящего способа активного длительного дренирования антрума при хирургическом лечении больных ОГСО, осложненным гнойным менингитом.

Материалы и методы. В 1996-2010 гг. в ЛОР-клинике института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака нами наблюдалось 39 больных ОГСО, осложненных гнойным менингитом. Средний возраст составил 37,6 года, мужчин было 20 (51,3%), женщин – 19 (48,7%).

Хирургическое лечение проводилось по разработанной нами методике длительного активного дренирования антрума посредством туннельной антротомии. Операцию выполняли следующим образом. Кожный разрез производили по заушной складке параллельно плоскости площадки сосцевидного отростка. Височную мышцу при этом не рассекали. Затем выполняли дугообразный разрез височной мышцы до кости, распатором отсепаровывали мышечную ткань вместе с надкостницей кпереди до уровня задней костной стенки наружного слухового прохода, формируя, таким образом, языкообразный мышечно-надкостничный лоскут. Отступив от spina suprameatum 4-5 мм кзади, бором диаметром 5-6 мм параллельно плоскости задней костной стенки наружного

слухового прохода трепанировали кость. После вскрытия антрума в него через сформированный туннель вводили дренажную трубку соответствующего диаметра. Заушную рану послойно зашивали. Дренажную трубку выводили через рану и фиксировали к коже. В послеоперационном периоде через дренаж производили промывание полостей среднего уха с введением лекарственных препаратов. Трубку из антрума удаляли после купирования воспалительных явлений в среднем ухе. Срок пребывания больных в стационаре составил 16-20 дней.

Для контроля проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов, лечившихся в ЛОР-клинике по поводу ОГСО, осложненного гнойным менингитом с 1990 по 1996 гг., с использованием традиционной методики. Средний срок пребывания в стационаре составил 28 дней.

Полученные результаты и их обсуждение. Щадящее длительное активное дренирование антрума посредством туннельной антротомии и адекватная терапия, проводимая нами в послеоперационном периоде позволила добиться полного выздоровления у 94,88% больных острым гнойным средним отитом, осложненным менингитом. Осложнений при выполнении туннельной антротомии не наблюдалось. Необходимо отметить, что туннельная трепанация костной ткани через площадку сосцевидного отростка в направлении антрума требует определенной подготовки хирурга в связи с возможностью вскрытия средней черепной ямки или канала лицевого нерва, травмирования задней костной стенки наружного слухового прохода при ошибочно выбранных ориентирах.

Выводы. Применяемая нами хирургическая тактика длительного активного дренирования антрума совместно с консервативным лечением больных ОГСО, осложненным менингитом дает возможность адекватно санировать гнойный процесс в среднем ухе, вводить лекарственные препараты непосредственно в место болезни. Предложенная методика позволяет сохранить клеточную систему сосцевидного отростка, ускорить процесс выздоровления, сократить сроки лечения в среднем на 10 дней.

© *П.В. Нечипоренко, М.И. Ситухо, А.С. Платонов, 2011*

М.И. НИКУЛИН, В.И. ТРОЯН, И.М. НИКУЛИН, А.Н. КОСТРОВСКИЙ, К.Г. НАЗАРЕНКО
(ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУИТОМ

Полипозный риносинуит (ПР) занимает весомое место среди хронических заболеваний слизистой оболочки полости носа. По литературным данным он составляет около 36% среди всех хронических заболеваний ЛОР-органов и сохраняет устойчивую тенденцию к росту.

ПР является полиэтиологичным заболеванием возникающим, как при местном раздражении слизистой оболочки полости носа различными инфекционными и неинфекционными агентами, так и при системной патологии, приводящей к нарушению нейро-эндокринной регуляции иммунного гомеостаза всего организма (аллергия, аспириновая триада, врождённая недостаточность мукоцилиарной транспортной системы и др.).

Исходя из этого, ЛОР врач должен осуществлять дифференцированный подход к лечению данной патологии.

В настоящее время используется большое количество хирургических и консервативных методов лечения больных ПР, которые, к сожалению, не всегда приводят к желаемому результату.

Многие оториноларингологи ратуют только за хирургические методы лечения, используя зачастую радикальные операции, включающие тотальный кюретаж слизистой оболочки параназальных синусов (ПНС), другие применяют исключительно консервативные способы лечения ПР.

Мы считаем, что только разумная комбинация всех методов терапии, учитывающая этиопатогенез ПР, может привести к увеличению периода ремиссии и улучшению качества жизни больного.

По нашему мнению, основной задачей при лечении ПР является восстановление дыхательной функции полости носа и обеспечение адекватной вентиляции и дренажа ПНС, путём расширения и освобождения от патологических тканей их естественных соустий. При операции необходимо максимально сохранять неизменённую слизистую оболочку пазух, так как кость, лишённая слизистой, очень медленно восстанавливается, а плотность ресничек на регенерировавшем эпителии никогда не будет нормальной.

В клинике ЗГМУ в течение последнего года, при хирургическом лечении больных ПР, мы используем Микрошейвер XPS с рукояткой микродебрайдер М4 (США) и риноэндоскопы 00, 300 фирмы «ЭлеПС» (Россия).

У всех пациентов в предоперационном периоде производится тщательный сбор анамнеза, эндоскопический осмотр внутриносовых структур и КТ ПНС в коронарной и аксиальной проекции. После чего определяется объём хирургического вмешательства. Наиболее часто нами применяется техника по Мессерклингеру, состоящая в поэтапной санации пазух решётчатой кости и ключевых анатомических структур в направлении спереди назад.

За 2010-2011 год с использованием данной техники нами был прооперирован 41 больной. Всем больным в послеоперационный период, с целью предупреждения рецидива полипов, был проведен курс лечения с применением топического кортикостероида мометазона фуроат – Назонекс и антигистаминного препарата с противовоспалительной активностью – Эриус.

После проведенного комбинированного лечения у всех больных было восстановлено дыхание через нос и лишь у 2-х пациентов с распространённым полипозом, при эндоскопическом осмотре, были обнаружены мелкие полипы в среднем носовом ходу.

Таким образом полученные результаты лечения больных ПР свидетельствуют о том, что использование эндоскопических малоинвазивных методик позволило улучшить качество оказания помощи и удлинить период ремиссии этой категории больных. Данные операции менее травматичны и позволяют под визуальным контролем удалять полипозную ткань в полости носа с наименьшим изменением анатомических структур и максимальным сохранением неизменённой слизистой оболочки.

© *М.И. Никулин, В.И. Троян, И.М. Никулин, А.Н. Костровский, К.Г. Назаренко, 2001*

Л.М. ОМЕРОВА (КИЕВ, УКРАИНА)

ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ – ВОЗМОЖНОСТИ ФЭХС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Проблема хронического риносинусита (ХРС) в настоящее время по-прежнему актуальна, невзирая на огромное количество исследований и методов лечения. ХРС более негативно влияет на качество жизни больных, чем такие заболевания как: коронарная недостаточность, хронические обструктивные заболевания легких, ангины, боли в поясничной области. (V. Land, W Fokkens 2007). Воспаление в слизистой оболочке носовой полости и параназальных синусов часто ассоциируются с целим рядом патогенетических факторов. (Van Cauwenberge P., 2006).

В зависимости от предполагаемого патогенеза ХРС определяется тактика врача: функциональная эндоскопическая хирургия, комплекс медикаментозной терапии или сочетание этих двух методов. Функциональная эндоскопическая хирургия синусов (ФЕХС) – воздействует на одно из главных звеньев патогенеза заболевания – обструкцию остиомеатального комплекса и на сегодняшний момент – стандартный метод хирургического лечения ХРС.

Вместе с тем, несмотря на технически адекватно выполненную операцию, ряд пациентов с хроническим риносинуситом (10% по данным Martin, Destasics, 2008), испытывают персистенцию или рецидив заболевания после ФЕХС.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности ФЕХС у пациентов с хроническим риносинуситом, перенесших операцию за период с 1999 по 2010г.

Материалы и методы: Группу наблюдения составили 793 человека с ХРС с полипозом и без него мужчин и женщин в возрасте старше 18 лет, которым впервые было проведено функциональное эндоскопическое хирургическое вмешательство в полости носа и синусов. При этом в группу не вошли пациенты с грибковым телом, стероидозависимой бронхиальной астмой (БА). Обследованные больные по объему медикаментозной терапии применяемой к каждой группе были разделени на: основную группу – ФЕХС + медикаментозная терапия (543), контрольную – только ФЕХС (250). Также разделение по принципу предполагаемых причин или механизма развития заболевания, который был предложен Г.З. Пискуновим (2008): I – 284 (189 – основная, 95 – контрольная) – ХРС в результате нарушенной аэродинамики носа; II – 397 (274 – основная, 123 – контрольная) – ХРС в результате хронического воспаления пазух; III – 112 (80 – основная, 32 – контрольная) – ХРС ассоциированный с БА и/или непереносимостью НПВС.

Объем терапии у больных после ФЕХС: антибактериальная терапия коротким курсом у пациентов с обострением бактериального риносинусита, антибактериальная терапия длительным курсом до 12 недель низкими дозами у пациентов с полипозом и без него (с 2007 г); системная кортикостероидная терапия коротким курсом в дозировке соответствующей весу пациента у больных с триадой Самтера и бронхиальной астмой; топические кортикостероиды – у всех пациентов, спрей солевых растворов – у всех пациентов.

Оценка эффективности лечения проводилась по выраженности клинических проявлений, динамике эндоскопической картины полости носа, динамике КТ и СКТ исследований в случае необходимости – все показатели оценивались в баллах. В зависимости от полученных данных по каждому показателю производилась оценка результатов: хороший, если пациент набирал 0-3 балла, удовлетворительный – 4-7 баллов, неудовлетворительный 8-10 баллов. Оценка по баллам проводилась на 6 и 24 месяце лечения.

По результатам наших наблюдений наиболее эффективный комплекс лечения был у пациентов I группы – 95,8 % имели хороший результат.

Пациенты второй основной группы с ХРС с полипозом и без него в результате хронического воспаления в пазухах (ассоциированного с инфекцией) – 78,4% имели хороший результат на фоне проводимого лечения, 19,6 % рецидив, в отличии от контрольной – 52% рецидива заболевания. У 28% из них наблюдался рецидив полипообразования, секреция экссудата различного характера, у 12% стеноз соустий. Наиболее тяжелым отмечалось течение заболевания у больных с ХРС ассоциированым с бронхиальной астмой, а также с триадой Самтера. Рецидив отмечался у 42% больных основной группы и 82% контрольной.

Выявлена группа пациентов (36), у которых применяемые методы медикаментозной терапии оказались не эффективными, при хорошем дренаже прооперированных пазух. Основными клиническими синдромами у них отмечалось постоянные слизистые выделения из носа, гипосмия, периодические боли\ сдавление в области лица и пазух. По данным литературы Shaun J Kilti, Martin Y Desrosiers (2008), такое состояние можно отнести к пост ФЕХС заболеваниям.

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы

Выводы: Хронический риносинусит – заболевание, требующее комплексного лечения – сочетания функциональной эндоскопической риносинусохирургии по показаниям и адекватной медикаментозной терапии в зависимости от понимания патофизиологии ХР.

Функциональная эндоскопическая риносинусохирургия у пациентов с нарушением аэродинамики, обструкцией остиомеатального комплекса вызывает существенное симптоматическое улучшение состояния заболевания, в большинстве случаев выздоровление пациентов.

Причины персистенции заболевания, и возможности лечения пациентов не отвечающих на применяемое лечение остаются проблемой и предметом дальнейшего научного поиска.

© *Л.М. Омерова, 2011*

Б.И. ПАВЛЫК, Д.И. БЕЗБАХ, Ю.Н. ЗИНЧЕНКО, И.М. БАГИРОВА
(КИЕВ, УКРАИНА)

МІКРОЛАРИНГОХИРУРГИЯ. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

В последние годы при лечении различных патологических процессов в гортани используют микроларингохирургические вмешательства с применением в качестве хирургического инструмента высокоэнергетического лазера и аппаратуры радиоволновой хирургии. Для этих операций обычная интубация тонкой трубкой не всегда удобна по причинам риска развития гиперкапнии, трубка снижает условия хирургического комфорта, что отражается на длительности и качестве выполнения операции. Поэтому применяется струйная нормочастотная ИВЛ через специальный инжектор в области проксимального отверстия ларингоскопа и это в большинстве случаев позволяет обеспечить адекватный газообмен и удовлетворительные условия работы хирургов. Основные недостатки способа:

1. возможность аспирации крови, слизи, операционного материала в нижележащие отделы дыхательных путей;
2. повышение внутригрудного давления при большом дыхательном объеме может при-

вести к баротравме легких и гемодинамическим нарушениям;
3. сохранение выраженного дрожания голосовых связок при смене фаз дыхательного цикла, что усложняет работу хирургов.
4. В последнее время нами с успехом используется назотрахеальная объемная высокочастотная ИВЛ, которая характеризуется рядом особенностей по сравнению с традиционной ИВЛ:
5. частота дыхания колеблется в диапазоне 60-110 в минуту, а продолжительность фазы вдувания не превышает 30% длительности цикла;
6. адекватная альвеолярная вентиляция обеспечивается сниженным дыхательным объемом на фоне более низкого пикового давления в дыхательных путях;
7. меньше выражено отрицательное воздействие на гемодинамику;
8. увеличение функциональной остаточной емкости (ФОЕ) и более равномерное распределение газа в легких;
9. внутренний диаметр назотрахеального катетера не превышает 1.4 мм, что позволяет проводить без затруднений осмотр гортани и оперативные вмешательства.

Метод назотрахеальной объемной высокочастотной ИВЛ позволяет практически создать комфортные условия для выполнения микроларингохирургических вмешательств без возможных рисков для организма больного.

© *Б.И. Павлык, Д.И. Безбах, Ю.Н. Зинченко, И.М. Багирова, 2011*

А. ПАНКОВСКА, Х. СКАРЖИНЬСКІ, Й.СОЛЬНІЦА, А. БАРЕЙ, П.Х. СКАРЖИНЬСКІ, К. ВОЛУЄВІЧ, О. ІЗНАР-БОГДАНОВА, Р. БАРИЛЯК (ВАРШАВА/КАЄТАНИ, ПОЛЬЩА)

ДОМАШНЯ КЛІНІКА РЕАБІЛІТАЦІЇ (ДКР)- ПРОЕКТ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОРЯД З ДОМОМ ПАЦІЄНТА

Мета: Створення і впровадження корисних методів і програм лікування, реабілітації, навчання і соціальної адаптації пацієнтів після кохлеарної імплантації. Для успішного створення програми необхідна участь і досвід спеціалістів-реабілітологів різних напрямків.

Матеріали і методи. Для введення програми ДКР необхідні не тільки малетіали і технічне забезпечення, але і підготовка спеціалістів в регіональних центрах реабілітації, курси і навчання для батьків (опікунів), індивідуальні і групові консультації, які проводяться в Центрі Моніторингу і Координації. Центри зєднуються між собою через інтернет.

Результати. За допомогою ДКР ми провели підготовку 1754 сімей для користування новою терапевтичною системою. Внаслідок цього ми значно зменшили кошти тривалої реабілітації у дітей і дорослих і оцінили її результати.

Висновки. Програма ДКР розроблена з метою організації реабілітаційних занять близько місця проживання пацієнта. З її появою міняється переконання про організацію процесу реабілітвції і ролі спеціалізованих центрів.

© *А. Панковска, Х. Скаржиньскі, Й.Сольніца, А. Барей, П.Х. Скаржиньскі, К. Волуєвіч, О. Ізнар-Богданова, Р. Бариляк, 2011*

Н.В. ПИЛИПЮК, Т.А. ГОБЖЕЛЯНОВА, Д.Н. ПИЛИПЮК (ОДЕССА, УКРАИНА)

БАЗИСНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА

Хронические ларингиты (ХЛ) полиэтилогическое заболевание. Воспалительные процессы верхних дыхательных путей, неблагоприятные бытовые и профессиональные факторы, аллергические заболевания, вредные привычки являются основными факторами в развитии ХЛ. Наиболее пристального внимания оториноларингологов, среди форм ХЛ, заслуживает гиперпластическая. По мнению большинства клиницистов, хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ) рассматривают как фоновый процесс развития дискератозов гортани, а последние в свою очередь – как предраковые состояния гортани.

Основным причинными факторами развития ХЛ у наблюдаемых нами пациентов были табакокурение, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и эндокринные расстройства.

За последние пять лет в отделении обследовались и лечились 105 больных с катаральным хроническим ларингитом; 173 пациента – хроническим гиперпластическим ларингитом (ХГЛ), диффузной и очаговой формами. Всем больным перед началом лечения производилось бактериологическое исследование, определялись показатели клеточного и гуморального иммунитета, по показаниям производилось исследование щитовидной железы и ЖКТ.

Диагностика заболевания основывалась на данных ларингоскопии, фиброларингоскопии, микроскопии, стробоскопии. Больным с диффузным ларингитом и кератозом гортани производилась микроскопия с последующим удаление патологически измененных участков слизистой. В дальнейшем лечение проводилось в зависимости от результатов морфологического исследования.

Больным с катаральной формой ХЛ применялись антибиотики цефалоспориновой группы, местно – гормонотерапия, вяжущие и противовоспалительные препараты в виде ингаляций и эндоларингиальных заливок.

Для больных ХГЛ мы применяли антибиотикотерапию, антиоксиданты, в отдельных случаях деконгестивную терапию. Местно – индукторы интерферона в виде эндоларингиальных заливок, ингаляций.

Лечение больных проводили курсами – 2 курса в год, длительность каждого курса составляла 2-3 недели.

Конечным этапом лечения являлись фонопедические занятия, которые проводились амбулаторно, после выписки из стационара. Стойкая ремиссия нами достигнута у 68% больных. У 7 пациентов ХГЛ, очаговой формой, мы наблюдали трансформацию в злокачественный процесс.

Выявление и лечение больных ХГЛ является важным этапом профилактики раковых поражений гортани. Больные с ХГЛ относятся к 1-й клинической группе и подлежат диспансеризации.

© *Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, Д.Н. Пилипюк, 2011*

М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДИСКИНЕЗИИ МУКОЦИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В СОПРОВОЖДЕНИИ ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫХ РИНОСИНУСИТОВ

По своему происхождению передние постимплантационные риносинуситы (ПИР) лишь ошибочно считаются одонтогенными и связаны с местными воспалительно-дистрофическими и иммунодепрессивными расстройствами тканей альвеолярного отростка верхней челюсти. Причины этой актуальной сегодня патологии социально-адаптированных слоев населения носят, по нашему мнению, полиэтиологический характер. Безусловно, в процессе развития ПИР имеет значение исходное общесоматическое состояние пациента, его индивидуальная реакция на пребывание одного, либо нескольких имплантантов в альвеолярном отростке в сочетании с хроническими полиэтиологическими носовыми обструкциями. Даже возникшим впервые в жизни больного ПИР любой морфологической картины не может считаться острым, т.к. в его основе лежат в большей либо меньшей степени выраженности различные по степени компенсации дистрофические процессы. К сожалению, оториноларингологами 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.

С этих позиций целью данного исследования было подтверждение нашей точки зрения на этиопатогенетические аспекты ПИР, разработка адекватных способов профилактики и лечения. В качестве материала исследования проанализировано 78 наблюдений хронических передних риносинусопатий различной этиологии, из которых постимплантационные поражения наблюдались у 40 пациентов, хронические одонтогенные риносинуситы у 18, банальные инфекционные хронические риносинуситы у 20, вазомоторные риносинусопатии у 18. Контрольную группу составили 38 пациентов с ПИР без субъективных клинических проявлений, но находящихся в стадии компенсации. В схеме исследования наряду с класси-

кой ринологического обследования проводились паталогоанатомические и гистологические исследования биоптата слизистой оболочки полости носа и преддверия рта, исследование состояния местного иммунологического гомеостаза, а также 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 ПИР, что позволило разработать альтернативные способы профилактики и лечения этой патологии.

© *М.Б. Пионтковская, 2011*

М.Б. ПИОНТКОВСКАЯ, Ф.Д. ЕВЧЕВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ПРОБЛЕМЫ СОПУТСТВУЮЩИХ ЛУЧЕВЫХ ЭПИТЕЛИИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА РАЗЛИЧНЫХ ЛОР-ЛОКАЛИЗАЦИЙ

При лучевой терапии злокачественных опухолей различных ЛОР-локализаций в зону облучения включаются кроме опухолевого поля, окружающие здоровые ткани. Особенности расположения патологического процесса в гортаноглотке, гортани, полости носа, околоносовых пазух и уха неизбежно приводят к развитию местных лучевых реакций со стороны всех видов тканей, окружающих зону облучения. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей (ВДП) наиболее радиочувствительная ткань, намного более уязвима, чем кожа, мышцы, соединительная ткань, поэтому реакции со стороны слизистых оболочек ВДП очень быстро проявляются в виде эритем, очагового и диффузного эпителиита. Уже при СОД=10-15 Гр появляется отек слизистой здоровых участков ВДП с формированием эритемы, изъязвления с защитным покрытием фибрином, при СОД=30 Гр – изъязвления с гнойно-фибринозными налетами. Происходит извращение вкуса, отказ от еды, боли при глотании даже слюны, интоксикация, гипертермия вплоть до критических показателей, отказ от лучевой терапии либо прерывание курса облучения в связи с развитием отеков и стенозов гортани, пищевода.

В ЛОР-клинике ОНМедУ проведено исследование клинической эффективности противовоспалительного лечебного и профилактического алгоритмов по ликвидации последствий и профилактике лучевых поражений слизистых оболочек ВДП с применением протеолитического ингаляционного комплекса (ПИК), ингибиторов протеаз резорбтивного общего действия (ПОД). Использование ПИК и ПОД в комплексном классическом алгоритме лечения сопутствующих лучевых эпителиитов существенно уменьшает выраженность лучевого поражения слизистой ВДП, окружающих зону опухолевого облучения, способствует непрерывности лечения, улучшает самочувствие и общее состояние больных.

© *М.Б. Пионтковская, Ф.Д. Евчев, 2011*

О.Г. ПЛАКСИВИЙ, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, О.О. МАЗУР, М.В. БЕРБЕНЧУК (ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СЕРРАТА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГНІЙНІ СИНУЇТИ ТА ЕКСУДАТИВНИЙ ОТИТ

При хронічних гнійних синуїтах порушується рівновага між секретоутворенням серозно-слизових залоз і бокалоподібних клітин та здатністю до евакуації клітинами миготливого епітелію порожнини носа і БНП в сторону зниження мукоциліарного кліренсу. Для порожнини носа, БНП, носоглотки, слухової труби і барабанної порожнини характерна анатомо-фізіологічна цілісність. При оптимальній функції миготливого епітелію і нормальних реологічних показниках слизу, що постійно утворюється в порожнині носа і БНП, він попадає в ротоглотку. Коли кількість секрету збільшується і він стає густим та в'язким, що спостерігається при гнійних синуїтах, створюються умови для попадання секрету в ділянку носових отворів слухової труби, а при фізіологічному відкриванні останніх – у слухову трубу. Розвивається запалення слизової оболонки слухової труби, порушуються її дренажна, захисна та барофункції,

формуються ексудативні отити. Мукоциліарна функція слизової оболонки верхніх дихальних шляхів змінюється послідовно, відповідно стадіям захворювання. Патофізіологічні і клінічні прояви хронічних гнійних синуїтів, сальпінгоотитів, ексудативного отиту свідчать про важливість адекватної оцінки секреторних порушень для патогенетичного підходу лікування цих захворювань.

Тому серед основних принципів лікування гнійних синуїтів та ексудативного отиту важливу роль відіграють заходи спрямовані на покращення розм'якшення і розрідження в'язкого густого секрету, а також забезпечення процесу мукорегуляції шляхом ефективного виведення секрету за рахунок активації моторики миготливого епітелію.

Одним з таких засобів є препарат серратіопептидази Серрата, якому властиві муколітична, протизапальна, протинабрякова дія. Окрім цього Серрата відновлює мікроциркуляціюта підвищує проникність антибіотиків у зону запалення. Серратопептидаза є протеолітичним ферментом, виділеним з непатогенної кишкової бактерії Serrata E 15; зменшує запальні процеси, послаблює біль, внаслідок блокування вивільнення амінів із запальних тканин.

Під нашим спостереженням знаходилися 48 хворих віком від 16 до 55 років з хронічними гнійними синуїтами в стадії загострення та 41 хворий віком від 17 до 58 років з ексудативним отитом. Серед 48 хворих із хронічним гнійним синуїтом у 27 діагностовано гайморит, у 3 – фронтит, полісинуїт – 11, гемісинуїт – 6, пансинуїт – 1. Усі хворі основної групи отримували антибактеріальну, гіпосенсибілізуючу, вітамінотерапію, риназолін 0,1% краплі в ніс 2 рази на день, спрей Аквамарис через кожні 2 години в ніс, лікувальні пункції гайморових пазух, відсмоктування за Зондерманом, промивання методом переміщення за Проетцом, ФТЛ, 10 хворим з гемісинуїтом, фронтитом, полісинуїтом проводились пункція лобної пазухи через орбітальну стінку з дренуванням пазухи, Серрата 10мг по 1 таб. 3 рази на день 10-12 днів у залежності від клінічного перебігу. В контрольну групу увійшли 23 хворих з загостренням хронічного гнійного синуїту, що отримували ідентичне лікування без Серрати.

Усі хворі були обстежені клінічно, рентгенологічно, проведено дослідження носового дихання, ринопневмометрія, ольфактометрія, дослідження транспортної функції за допомогою сахаринового тесту до початку і в кінці лікування. В процесі лікування оцінювалися такі діагностичні критерії як набряк слизової оболонки носових раковин, наявність гнійних виділень, закладеність носа, об'єм та характер промивної рідини при промиванні гайморових пазух, функція носового дихання, транспортна функція миготливого епітелію слизової оболонки носа. На основі статистичної обробки результатів виявилось, що у хворих основної групи зменшення набряку, покращення носового дихання, зменшення виділень, збільшення об'єму гайморових пазух, відновлення мукоциліарного кліренсу відбулося на 2-3 дні раніше, ніж у хворих контрольної групи. Оцінку ефективності лікування проводили також по наступним характеристикам: одужання, затяжний перебіг, рецидив на протязі року.

З 41 хворого з секреторним отитом віком від 17 до 58 років у 32 хворих (76,2%) виявлена супутня патологія,яка могла стати причинним або сприяючим фактором хронічного секреторного отиту: хронічний гнійний синуїт – 3 хворих (9,4%), аденоїди – 3 хворих (9,4%), хронічний гіпертрофічний риніт (задні кінці) – 8 хворих (25%), поліпозний синуїт -1 хворий (3,1%), викривлення перегородки носа – 16 хворих (50%), назофаренгіальна карцинома – 1(3,1%).

Хворому з секреторним отитом та підозрою на пухлину носоглотки проведена ендоскопічна біопсія і після отримання гістологічного заключення (назофарингіальна карцинома) переведенно в ООД. Іншим 40 хворим проведено дослідження слуху за допомогою живої мови, акуметрію, дослідження барофункції слухової труби, аудіометрію, імпедансометрію, дослідження транспортної функції слизової оболонки носа. При аудіометричному обстеженні усіх хворих визначено кондуктивну приглухуватість з кістково-повітряним розривом на всіх частотах 20-30 дб (70%) хворих і від 30 до 40 дб (30%) хворих. Кісткова крива показувала незначне зниження порогів звукосприйняття на середніх і високих частотах у 2 хворих (5%). При імпедансометрії у всіх випадках реєструвалась тимпанограма типу В (знижений тиск в барабанній порожнині). Всім хворим проводились комплексне лікування з індивідуальним підходом в залежності від супутньої патології, яке включало протизапальну терапію, антигістамінні препарати, Серрата 10 мг по 1 таблетці 3 рази в день, промивання порожнини носа ізотонічними розчинами морської води (Аквамаріс, Хюмер), судинозвужуючі краплі в ніс, парацентез з транстимпанальним промиванням, ФТЛ, продування вуха за Політцером, катетеризація слухових труб з продуванням вуха та транстубарним введенням в барабанну порожнину ферментних та гормональних препаратів.

Критеріями ефективності лікування з використанням Серрати були: позитивна динаміка змін клінічної симптоматики вже на 5-7 день лікування (у порівнянні з 9-10 днями без використання препарату), поява піку на тимпанограмі, зменшення кістково – повітряного розриву на аудіограмі, нормалізація слуху. Після закінчення курсу лікування більшості хворих з супутньою патологією проведена санація носа та носоглотки.

Результати дослідження дозволяють рекомендувати включення препарату Серрата в комплекс лікування хворих на хронічні гнійні синуїти та ексудативний отит завдяки його здатності покращувати проникнення антибіотиків у вогнище запалення, протизапальній, протинабряковій та муколітичній дії. При наявності секреторного отиту з метою онкологічної пильності необхідно проводити ретельний огляд носоглотки.

© *О.Г. Плаксивий, І.В. Калуцький, О.О. Мазур, М.В. Бербенчук, 2011*

О.Г. ПЛАКСИВИЙ, О.О. МАЗУР, І.В. КАЛУЦЬКИЙ, І.В. НЕЗБОРЕЦЬКИЙ
(ЧЕРНІВЦІ, УКРАЇНА)

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ДЕГІДРАТАЦІЙНИХ ТЕСТІВ ТА ЇХ ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПРИ ХВОРОБІ МЕНЬЄРА

Розвиток патологічних симптомів хвороби Меньєра пов'язаний із збільшенням кількості лабіринтної рідини та виникненням внутрішньолабіринтної гіпертензії. Морфологічним субстратом хвороби Меньєра є ендолімфатичний гідропс, а головним патогенетичним фактором – дисфункція вегетативної нервової системи у відношенні інервації судин внутрішнього вуха. Хвороба Меньєра у половини хворих розпочинається з розвитку слухових розладів – суб'єктивного шуму у вусі та зниження слуху і до появи класичної тріади симптомів її нерідко розцінюють як кохлеарний неврит. Класична тріада при хворобі Меньєра включає: порушення слуху; шум у вусі; приступоподібне запаморочення з нудотою, блювотою, порушенням рівноваги , розладом серцево-судинної системи, підвищеним потовиділенням. Але незавжди спостерігаються всі названі симптоми одночасно. Диференційний діагноз слід проводити з кохлеарним невритом, лабіринтитами, кохлеарною формою отосклероза, захворюваннями мосто-мозочкового кута, низкою захворювань центральної нервової системи, які супроводжуються меньєроподібним симптомокомплексом. Диференційна діагностика базується на акуметричних та аудіометричних даних, оскільки аудіологічна картина при хворобі Меньєра дуже своєрідна і характеризується 5 ознаками та носить назву «приглухуватість при ендолімфатичному гідропсі». Але не зважаючи на специфічні аудіологічні ознаки провести диференційну діагностику та виставити діагноз хвороби Меньєра важко, особливо на ранніх стадіях захворювання. Підтвердити діагноз чи діагностувати хворобу Меньєра допомагають дегідратаційні тести з гліцеролом, фуросемідом, ксилітом. В практичній діяльності найчастіше використовують гліцероловий тест з розрахунку 1,4-1,7 мл гліцеролу на один кілограм ваги з рівним об'ємом 5-10% аскорбінату натрію. Дослідження слуху (аудіометрія) проводять перед прийняттям гліцеролу та через 2, 3, 24 і 72 години. Практично о 9 год. проводять аудіометрію, 9 год. 15 хв. хворому натще дають випити гліцеролову суміш, наступнні аудіометрії проводять в 11 год. 15 хв., 12 год. 15 хв. та о 9 год. слідуючого дня. Існує кількісна та якісна оцінка гліцеролового тесту. Кількісна оцінка гідропсу завитки базується на визначенні зниження порогів звукосприйняття в децибелах і відповідно покращення розбірливості мови по відношенню до початкового рівня.

Кількісна оцінка гідропсу завитки

Ступінь гідропсу	Зниження порогів слуху	Покращення розбірливості мови
I	На 10 дб на 3-х частотах, або 5 дб на всьому діапазоні	Не менше 8-16%
II	На 15 дб на 3-х частотах, 10 дб по всьому діапазону	Не менше 17-25%
III	Більше ніж на 15 дб.	Не менше 25%

Якісна оцінка гідропсу завитки базується на визначенні часу відновлення слухових порогів до початкового рівня – швидкість регідратації внутрішнього вуха.

По якісній оцінці виділяють 4 типи швидкості регідратації:

I тип – через 48 годин (нормальна секреція);

II – через 24 години (гіперсекреція);

III – через 72 години (гіпосекреція);

IV – більш ніж через 72 години (гіпосекреція).

На практиці в основному проводиться кількісна оцінка гідропсу завитки.

В ЛОР-клініці Чернівецької ОКЛ протягом 2008-2010 рр. на лікуванні з приводу хвороби Меньєра знаходилось 84 хворих, з яких – 11 чоловіків та 73 жінки віком від 29 до 64 років. За відповідний період 28 хворих лікувались повторно,а 6 хворих тричі. З 84 хворих у 20 хворих діагноз був встановлений раніше, 12 з них консультовані в інституті отоларингології ім.Коломійченка, де їм був виставлений діагноз хвороби Меньєра. В стаціонарі всім первинним хворим та хворим з підтвердженим діагнозом проводився гліцероловий тест. З 84 хворих у 75 хворих гліцероловий тест був позитивний: I ступінь гідропса – 44 хворих (58,7%), II ступінь гідропса – 29 (38,6%), III ступінь гідропса – 2 (2,7%). У 9 хворих гліцероловий тест негативний, з яких у 3 хворих раніше був встановлений діагноз хвороби Меньєра, які тривалий час хворіють та неодноразово лікувались. У 4 хворих з негативним гліцероловим тестом діагноз хвороби Меньєра не підтвердився і при подальшому обстеженні, лікуванні та динамічному спостереженні у трьох хворих діагностовано кохлеарний неврит з вестибулопатією, а у однієї пацієнтки – кохлеарна форма отосклерозу. Всім хворим було проведено консервативне лікування з покращенням.

Необхідно зазначити, що позитивний гліцероловий тест підтверджує діагноз, а негативний гліцероловий тест в деяких випадках не заперечує наявність хвороби Меньєра. Тому хворі з хворобою Меньєра підлягають комплексному отоларингологічному та аудіологічному обстеженню з застосуванням дегідратаційних тестів і при необхідності ЕЕГ, РЕГ, М-ехоЕГ, МРТ, КТ, доплеографії судин головного мозку і магістральних судин шиї та консультації невропатолога, окуліста, нейрохірурга.

Слід зробити висновок, що гліцероловий тест є високоінформативним критерієм у підтвердженні (89,3%) діагнозу хвороби Меньєра.

© *О.Г.Плаксивий, О.О.Мазур, І.В.Калуцький, І.В.Незборецький, 2011*

В.І. ПОПОВИЧ, В.М. ВАНЧЕНКО, Н.М. КУДЕРСЬКА, Р.М. ФІЩУК
(ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

ПРОБЛЕМА ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Антибактеріальна терапія – найбільш популярний вид лікування, а антибіотики – найбільш часто призначувані препарати. Лікування антибіотиками отримують до 15 % всіх амбулаторних хворих і більше як 30 % (кожний третій пацієнт) стаціонарних. Основне завдання антибіотикотерапії – досягнути раціонального балансу між забезпеченням максимального ефекту і запобіганням небажаних побічних ефектів препарату (токсичності), а резистентність до антибактеріальної терапії визначається як характеристиками мікрофлори, так і станом макроорганізму. Патофізіологічні особливості макроорганізму в умовах фонових захворювань і, особливо, в умовах паралельного використання інших груп медикаментів, можуть звужувати терапевтичний інтервал і таким чином детермінувати низьку ефективність антибактеріальної терапії. Тому актуальною проблемою сучасної антибіотикотерапії є сумісність різноманітних груп препаратів з найбільш поширеними антибіотиками.

Взаємодія антибіотиків з іншими групами препаратів

Антибіотик	Інші препарати	Ефект	Значимість
Амоксицилін/ клавуланат	пробеніцид	↑концентрація амоксициліну	+
	пероральні контрацептиви	можливе ↓ефективності контрацептиву	+
	алопурінол	↑частота висипу	++

Цефалоспорини	пероральні антикоагулянти (дикумарол, варфарін), гепарін, тромболітики, інгібітори агрегації тромбоцитів	↑ризик кровотечі ↑QT	+		
Макроліди			ерітро-	азітро-	кларітро-
	карбамазепін	↑концентрація карбомазепіну, нудота, блювота, атаксія, ністагм	++		+
	вальпроєва кислота	↑її концентрації	+		+
	теофіліни	↑концентрація теофіліну, нудота, блювота, судома, апное	+		+
	дігоксин, дігітоксин	↑концентрації у 10% випадків	+	+	+
	ловастатини/ симвастатини	↑ їх концентрації, рабдоміоліз	+		+
	пимозид	↑інтервалу QT	+	+	+
	варфарин	↑протромбінового часу	+		+
Фторхінолони (ФХ)			ципро-	лево-	мокси-
	антиарітміки (прокаїнамід, аміодарон)	↑інтервалу QT (шлуночкові екстрасистоли по типу «пірует»)		+	+
	інсулін, цукрознижувальні препарати	↑ та ↓ глюкози крові	+	+	+
	НПЗЗ	↑ризик судом, сплутанності свідомості	+	+	
	теофіліни	↑концентрація теофіліну	+		
	варфарин	↑протромбінового часу	+	+	
	пробеніцид	↓ниркової фільтрації ФХ	+		
	Препарати, що містять катіони Al,Ca, Fe, Mg, Zn, вітаміни, цитрати	↓абсорбції ФХ	+	+	+

Таким чином, із основних груп препаратів для емпіричної антибіотикотерапії запальних захворювань ЛОР-органів найкращим профілем безпеки володіють ß-лактамні антибіотики, а серед них – амоксицилін-клавуланат (Аугментин™). Це дозволяє позиціонувати Аугментин™ як оптимальний препарат для емпіричної антибактеріальної терапії.

© *В.І. Попович, В.М. Ванченко, Н.М. Кудерська, Р.М. Фіщук, 2011*

В.І. ПОПОВИЧ, Р.Й. КОТУРБАШ, В.П. ВАЛЬЧИШИН, В.П. СЕМЕНЮК, Л.І. ПІЛЕЦЬКА, М.О. ГАЙНАЛЬ (ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА)

МІСЦЕ ЕНДОСКОПІЇ В ДИТЯЧІЙ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ

Метод ендоскопії ЛОР-органів у всьому світі по праву відноситься дозолотого стандарту оториноларингології. Його результати покладені в основу доказової медицини. Ендоскопічний метод дослідження порожнини носа та приносових пазух відомий більше 100 років. Однак, тільки в останнє десятиліття після впровадження в практику сучасних оптичних систем, оснащених високорозрішуючими лінзами, фото- та відеоапартурою, ендоскопія стала незамінною

в руках отоларингологів. Сучасні види ендоскопів дозволяють здійснити якісний огляд носової порожнини.

В Івано-Франківській обласній дитячій клінічній лікарні вже впродовж 2-х років функціонує центр малоінвазивної хірургії.

За допомогою ендоскопів ми оглядаємо співустя приносових пазух, їх стан, наявність дрібних поліпів, які не візуалізуються при звичайному огляді, наявність виділень і їх характер, оцінюємо форму носових раковин, їх зміни, середні та задні відділи, патологію перегородки, і накінець, можемо запідозрити наявність сер'йозної патології. В останньому випадку ми маємо змогу під контролем ендоскопа взяти шматочок тканини з підозрілої ділянки для проведення клітинного дослідження.

Велике значення для нас, як для дитячих отоларингологів, має можливість об'єктивної оцінки стану носоглотки, що не завжди можливо зробити при огляді звичайним носоглотовим дзеркалом.

За декілька хвилин ендоскопічного огляду носоглотки,під місцевою анестезією, ми можемо оцінити розмір аденоїдних вегетацій, їх стан (запалення чи ремісія), їх взаємовідношення до устя слухових труб, степінь вклинення їх в хоани та вибрати тактику подальшого ведення хворого.

Велике значення має можливість контролювати стан покращення на фоні лікування через любий проміжок часу, і це є безболісно для маленького пацієнта. Також важливим є можливість запису огляду чи оперативного втручання, та відтворення його в любий потрібний момент.

Кожен рік в центрі проводиться понад 100 оперативних втручань на ЛОР-органах у дітей та понад 300 діагностичних оглядів.

Найбільш поширені оперативні вручання це – аденотомії та операції на перегородці носа, рідше проводяться ендоскопічні гайморотомії, поліпотомії та інші операції. Всі оперативні втручання проводяться під загальним знеболенням із використанням найсучасніших препаратів для наркозу.

Із відкриттям даного центру діти Івано-Франківської області мають змогу отримати якісну, висококваліфіковану отоларингологічну допомогу, що відповідає високому рівню та всім вимогам сучасної медицини .

© *В.І. Попович, Р.Й. Котурбаш, В.П. Вальчишин, В.П. Семенюк, Л.І. Пілецька, М.О. Гайналь, 2011*

И.В. ПРИСТУПА, Н.А. ЧУХОЛЬСКАЯ, Ю.В. СЯТКОВСКАЯ (ВИТЕБСК, БЕЛАРУСЬ)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает одно из центральных мест в тонзиллярной патологии. По данным разных авторов, заболеваемость ХТ составляет от 22 до 40% (Рамазанов Э.Н., 2010). Формирование очага хронического воспалительного процесса в миндалине и развитие тонзилогенных дисфункций в организме происходят вследствие длительного взаимодействия инфекционного агента и макроорганизма, при котором важную роль играет состояние общей и местной реактивности организма. Денатурированные аутопротеины, которые в процессе развития патологии приобретают антигенные свойства, всасываются в кровь, с развитием аутоаллергической реакции. При этом нёбные миндалины становятся очагом перманентной сенсибилизации. Такой очаг имеет существенное значение в развитии диффузных заболеваний соединительной ткани, кожной патологии, нефрита, тонзиллокардиального синдрома, ревматизма. Длительная тонзилогенная интоксикация также может способствовать развитию системных вегетативно-эндокринных и иммунных нарушений (Чиркова Л.П., 2011).

Цель исследования – оценить эффективность использования препарата Тонзилотрен в комплексном лечении ХТ в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. Пролечено 62 пациента с диагнозом ХТ. Пациенты были распределены на две группы. Больные обеих групп получали традиционное комплексное лечение, включавшее гипосенсибилизирующие препараты и физиотерапевтические процедуры, ежедневно пациентам проводили санацию нёбных миндалин путем их промывания. Пациенты второй группы (34 человека) дополнительно получали гомеопатический препарат «Тонзилотрен» по схеме: в первые два дня по 2 таблетки каждые два часа сублингвально, затем – по 2 таблетки 3 раза в день в течение четырёх недель.

Препарат «Тонзилотрен» показан для лечения острого и хронического тонзиллита. Комплексное действие компонентов препарата

Тонзилотрен выражается в противовоспалительном, иммуностимулирующем эффектах.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась по исчезновению жалоб, улучшению общего состояния, изменению внешних проявлений со стороны глотки, частоте рецидивирования основного патологического процесса. Динамическое клиническое наблюдение показало достоверную положительную динамику патологического процесса – ликвидировались симптомы интоксикации, уменьшилась застойная гиперемия и отёчность нёбных дужек, отсутствовал казеозный детрит в лакунах нёбных миндалин, уменьшились в размерах региональные шейные лимфатические узлы, степень их болезненности. Результаты динамического наблюдения представлены в таблице. Для получения суммарной оценки тяжести симптоматики в 1, 7 и 14 день лечения использовалась 4-х балльная шкала: 0 = симптом отсутствует, 1=легкая степень выраженности симптома, 2=средняя, 3=тяжёлая.

Средние показатели балльной оценки тяжести симптомов в разные сроки наблюдения

Симптом	1-й день		7-й день		14-й день	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Застойная гиперемия и отёчность нёбных дужек	2,4	2,5	1,9	1,0	1,4	0,8
Казеозный детрит в лакунах	2,9	2,9	1,0	0,6	0,5	0,1
Увеличение, болезненность региональных ЛУ	2,1	2,0	1,9	1,0	1,2	0,7
Симптомы общей интоксикации	1,3	1,2	1,0	0,4	0,4	0
Боль, жжение в горле, неприятный запах изо рта	2,8	2,8	1,2	0,7	0,5	0,1

В первой группе наблюдаемых пациентов имел место один случай обострения в течение 6 месяцев после проведённого лечения (3,5%), во второй группе обострений не было.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при использовании комплексного гомеопатического препарата Тонзилотрен в комплексном лечении хронических тонзиллитов субъективные и объективные симптомы заболевания купируются быстрее, количество обострений уменьшается.

© *И.В. Приступа, Н.А. Чухольская, Ю.В. Сятковская, 2011*

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ОТГЕМАТОМА У ПОХИЛОМУ ВІЦІ

Отгематома (Othaematoma) – це скупчення крові між хрящем і охрястям, а іноді між охрястям і шкірою вушної раковини. Серед населення отгематома зустрічається рідко, але серед патології зовнішнього вуха – досить часто. Отгематома в переважній більшості буває у чоловіків, значно рідше – у жінок. Захворювання зустрічається, як правило, у осіб молодого і середнього віку. Отгематома рідко буває у людей похилого віку (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981).

За 46 років власної оториноларингологічної практики (1964-2010 рр.) ми спостерігали 46 випадків отгематоми. Серед них лише один раз мала місце поширена отгематома. Наводимо цей випадок.

Хвора, 72 років, лікувалась в ЛОР відділенні Тернопільської обласної клінічної лікарні (нині університетської лікарні) в 1976 р. При поступленні скаржилась на наявність пухлини в ділянці лівої вушної раковини, яка з'явилась 4 дні назад. Причину захворювання вказати не могла. Симптоми порушення загального стану відсутні, температурної реакції не було. При огляді на лівій вушній раковині виявлена припухлість, яка займала всю зовнішню її поверхню аж до вушної часточки. Припухлість синьо-багряного кольору, пружинила і флюктувала під час пальпації, була вкрита нормальною шкірою.

Діагноз встановлений за даними анамнезу, при відсутності місцевої запальної реакції та загальних змін в організмі, наявності припухлості, на підставі змін конфігурації вушної раковини та результатів пробної пункції.

Хворій проведено консервативне лікування – відсмоктування вмісту отгематоми шприцем з наступним накладанням ватно-марлевої тиснутої пов'язки на 2-3 дні в поєднанні з медикаментозною терапією (10% хлорид кальцію, антибіотики, вітаміни, антигістамінні препарати). Потім проведена контрольна перев'язка, повторна пункція отгематоми, при якій виявлено значно менше вмісту, ніж до початку лікування, і накладена ватно-марлева тиснуча пов'язка ще на 5 днів. Протягом цього часу відбулось зрощення охрястя з хрящем. Вушна раковина набула звичайної форми. При обстеженні пацієнтки через 2 роки вушна раковина мала нормальний вигляд. Дане спостереження представляє інтерес в трьох аспектах: 1) отгематома була в похилому віці; 2) отгематома була у хворої жіночої статі; 3) отримано добрий результат від консервативного лікування – відсмоктування вмісту отгематоми з наступним накладанням ватно-марлевої тиснутої пов'язки в поєднанні з медикаментозною терапією (10% хлорид кальцію, антибіотики, вітаміни, антигістамінні препарати).

© *Г.С. Протасевич, 2011*

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

РЕЦИДИВУЮЧІ АДЕНОЇДНІ ВЕГЕТАЦІЇ У 30-РІЧНОЇ ЖІНКИ

Аденоїдні вегетації – патологія, як правило, дитячого віку. Але в рідких випадках вони можуть зустрічатись у дорослих осіб. Наводимо наше спостереження.

В 1974 р. до мене звернулась сусідка з проханням проконсультувати її співпрацівницю. При обстеженні виявилось наступне.

Пацієнтка молода жінка, 30 років, за спеціальністю бухгалтер, скаржилась на відсутність носового дихання, гугнявість мови. Через гугнявість вона обмежувала спілкування з працівниками на роботі, уникала перебування в колективі. З анамнезу вдалось вияснити, що пацієнтка в дитинстві перенесла аденотомію. Після операції дихання через ніс було задовільним. Але через декілька років воно поступово почало утруднюватись.

При огляді: зовнішній ніс звичайної форми. Передня риноскопія: слизова оболонка носа рожева з синявим відтінком, ширина носових ходів звичайна. Задня риноскопія: носова частина горла виповнена пухлинною тканиною рожевого кольору. При пальцевому дослідженні носової частини горла визначалась м'яка консистенція цієї тканини. Дихання через ніс було відсутнім. Відмічалась виражена гугнявість мови. Інші ЛОР-органи були без змін.

Запідозрено рецидив аденоїдних вегетацій. Хворій запропоноване хірургічне лікування – аденотомія, на що вона без вагань дала згоду. Операція проведена під місцевою аплікаційно-інфільтраційною анестезією (3% розчин дикаїну з адреналіном 1:1000 і 1% розчин новокаїну з адреналіном 1:1000). Аденотом Бекмана розміру №5 трьома зрізаючими рухами (зліва, справа, посередині) видалені аденоїдні вегетації великих розмірів. Операція пройшла без ускладнень. Кровотеча була звичайна як при даному хірургічному втручанні. Після видалення тканини з носової частини горла дихання через ніс значно покращилось, гугнявість мови зникла. Дані патологічного дослідження: гіперплазія лімфоїдної тканини.

На 4-й день хвора виписана з ЛОР-відділення. При виписці, дихання через ніс було вільним, мова нормальною, гугнявість не визначалась. При обстеженні хворої через 1 рік, 2 роки, 5 років рецидиву аденоїдних вегетацій не виявлено. Носове дихання було вільним, мова мала нормальний резонанс.

Таким чином, аденоїдні вегетації виявлені у дорослої жінки, причому вони були рецидивуючими. Серед численних симптомів, притаманних аденоїдним вегетаціям у дітей, у пацієнтки було лише два – відсутність носового дихання і виражена гугнявість мови, тобто порушені дихальна і резонаторна функції носа. Дане спостереження свідчить, що аденоїдні вегетації можуть зустрічатись у дорослих осіб, про що слід пам'ятати практикуючим лікарям, особливо початківцям.

© *Г.С. Протасевич, 2011*

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, А.І. ГАВУРА, О.В. ГОВДА, Л.В. ЯШАН,
Є.Ю. ТКАЧЕНКО, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ РИНІТ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ «АКВА МАРІС®»

Хронічний атрофічний риніт – це неспецифічний запально-дистрофічний процес, що характеризується атрофією слизової оболонки носової порожнини, а в деяких випадках і глибших тканин, аж до кістково-хрящового відділу (Р.А. Абизов і співавт., 2010). Хронічний атрофічний риніт може бути дифузним і обмеженим. Одним із різновидів обмеженого атрофічного риніту є передній сухий риніт. Хворіють люди всіх вікових груп.

При лікуванні хронічного атрофічного риніту використовують препарати, що сприяють покращенню трофіки слизової оболонки носової порожнини і стимулюють функцію слизових залоз. Серед них певне місце займають розчини для іригаційної терапії, які складають особливу групу препаратів, що сприяють мукоциліарному очищенню як через секретолітичну дію, так і механічним шляхом.

Одним із препаратів для іригаційної терапії хронічного атрофічного риніту є назальний спрей «АКВА МАРІС®». В його склад входить ізотонічний до клітин епітелію слизової оболонки носової порожнини стерильний розчин морської води Адріатичного моря. Завдяки мінеральним солям, великій кількості мікроелементів, що також входять до його складу, морська вода чинить пом'якшувальну дію на слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. «АКВА МАРІС®» фізіологічно сумісний зі слизовою оболонкою носової порожнини. При місцевому застосуванні «АКВА МАРІС®» регулює мукоциліарний кліренс, нормалізує регенерацію епітелію, підвищує місцевий імунітет, полегшує відходження кірок, розріджує густий слиз, підвищує опірність організму до інфекції. Побічні реакції не встановлені.

Ми використали назальний спрей «АКВА МАРІС®» для лікування хронічного атрофічного риніту (дифузної і обмеженої форм).

Під нашим спостереженням за період з 2007 по 2010 рр. знаходилось 50 хворих на хронічний атрофічний риніт віком від 36 до 67 років.

Серед хворих було 13 осіб, у яких атрофічний риніт виник після операцій у носовій порожнині з приводу деформації перегородки носа чи хронічного гіпертрофічного риніту. 27 пацієнтів захворювання пов'язують з роботою в запиленій обстановці. Решта 10 хворих не змогли вказати причину захворювання.

Клінічну картину оцінювали на основі скарг хворих (відчуття сухості у порожнині носа, утруднення носового дихання, зниження або відсутність нюху, періодичні носові кровотечі) та риноскопічних даних (широка носова порожнина через атрофію нижніх носових раковин, сухість, гіперемія або блідість з тьмяно-синявим відтінком слизової оболонки носової порожнини, скупчення густого секрету у носі).

Хворі були поділені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основній групі було 38 хворих, в контрольній – 12. Пацієнти основної групи одержували загальноприйняте лікування, доповнене щоденним зрошуванням порожнини носа спреєм «АКВА МАРІС®». Зрошування проводилось 5 разів на день, по 3 – 4 зрошування кожної половини носової порожнини.

Хворим контрольної групи проводилось тільки загальноприйняте лікування.

При оцінці результатів лікування користувались клінічними критеріями якості лікування. Покращення носового дихання та даних риноскопічної картини спостерігалось в обох групах хворих. Але більш чітко ефективність лікування прослідкувалась в основній групі хворих, яким було призначено назальний спрей «Аква Маріс».

Виражене відчуття сухості в носовій порожнині зменшилось у хворих як основної, так і контрольної груп. Але у хворих основної групи, які застосовували зрошування порожнини носа препаратом «АКВА МАРІС®», лікування виявилось на 14,8% ефективнішим, ніж у хворих контрольної групи. Крім того, 10,5% хворих основної групи, переважно із переднім сухим ринітом, відмітили практично повне зникнення симптомів сухості. На 47,3% зменшилось число носових кровотеч у хворих основної групи. Також 7,9% пацієнтів основної групи відмітили покращення нюху. У пацієнтів контрольної групи покращення нюху не відмічалось.

Таким чином, назальний спрей «АКВА МАРІС®» є безпечним і ефективним препаратом в лікуванні хворих на хронічний атрофічний риніт, що підтвердилося нашими даними. Це дозволяє рекомендувати його як препарат вибору в тому числі у ослаблених хворих та пацієнтів із підвищеною чутливістю до медикаментозних середників.

© *Г.С. Протасевич, А.І. Гавура, О.В. Говда, Л.В. Яшан, Є.Ю. Ткаченко, Р.Т. Чортківський, 2011*

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. ХОРУЖИЙ, А.І. ГАВУРА, О.В. СТАХІВ, О.В. ГОВДА, М.М. МОГИТИЧ, Д.М. МОГИТИЧ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

ПОСТТРАВМАТИЧНА ДЕФОРМАЦІЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА І ХРОНІЧНИЙ СИНУЇТ

Травми носа складають від 10 до 12% від всіх ушкоджень лицевого скелета (Ю.В. Мітін, С.П. Шиян, 2010). Етіологія більшості травм носа – це удари кулаком в бійці. Удар кулаком може бути нанесений спереду, збоку.

Оскільки травма при ударі кулаком в більшості випадків наноситься правою рукою, то ушкодження спинки і лівого схилка носа зустрічається частіше.

Під час травми при ударі кулаком, крім зовнішнього носа, ушкоджується і його перегородка, що в подальшому виявляється її деформацією. На травму більш податливі зони росту скелета перегородки.

За даними літератури (А.А. Горлина, 1968; Е.Д. Лисицын, 1968; В.Н. Невский, 1970; Н.П. Константинова, В.Ю. Киндурис, 1975; М.Ф. Маннапов и соавт, 1979; В.Н. Ким, 1985; Г.С. Протасевич і співавт., 1997; H. Dommerby, M. Tos, 1985), деформації перегородки носа травматичного походження складають 12,4-78,3% від всіх її деформацій. Деформація перегородки носа травматичного походження може бути різних видів: дугоподібне, сигмоподібне, кутоподібне викривлення, гребінь, шпичак, потовщення перегородки, вивих переднього краю чотирикутного хряща.

В утворенні окремих видів деформації перегородки носа має значення напрямок травмуючого фактора. Якщо удар доводиться в ділянку носа збоку, то перегородка вигинається. При поєднанні вигину з переломом хрящового чи кісткового відділу відламки часто утримуються і співставляються під кутом. В подальшому зони переломів проростають і фіксуються кістковою чи хрящовою мозоллю або рубцевою тканиною. Така деформація перегородки виглядає як кутоподібне викривлення по лінії колишнього перелому, з гострими, частіше багатьма кутами. При нанесенні удару в ділянку носа спереду, краї відламків скелета перегородки носа, як правило, заходять один за один, травмують слизову оболонку. Після зростання при таких переломах на перегородці носа утворюються шпичаки, гребені чи потовщення за рахунок кістково-хрящових фрагментів, мозолі і рубцевої тканини.

При зміщенні носових кісток спостерігається зміщення чи потовщення перегородки носа. Якщо перегородка вже раніше мала вигин в той чи інший бік, то при ударі зверху і спереду вона буде вигинатись чи ламатись в той же бік; якщо ж вона пряма, то легше буде зісковзувати з лемеша.

Надана при травмі носа допомога в подальшому (у віддалений період) стає недостатньо ефективною (Е.В. Щербина, 1965). Крім посттравматичних деформацій перегородки носа, слід особливу увагу звертати на западіння бокових схилків носа. Навіть при рівній перегородці западіння бокового схилка носа може мати несприятливі наслідки. При западінні бокового схилка носа кут між перегородкою та латеральною стінкою носа стає більш гострішим, відповідно носовий хід стає більш вузьким, що створює передумови для розвитку хронічних ринітів та синуїтів (Ю.В. Мітін, С.П. Шиян, 2010).

Ми провели обстеження хворих на хронічні синуїт, які у минулому мали травму носа. Під нашим спостереженням за період з 2006 по 2010 рр. знаходилось 128 хворих. Обстеження проводилось в консультативно-лікувальному центрі медичного університету, в поліклінічних відділеннях міської комунальної клінічної лікарні №2, обласної комунальної клінічної лікарні (нині університетської лікарні) та в обласному лікарсько-фізкультурному диспансері. 102 із обстежених хворих в минулому приводилась класична редресація кісток носа, 26 осіб за допомогою не звертались і, отже, редресація кісток носа їм не проводилась.

При обстеженні пацієнтів основна увага була звернена на порушення форми перегородки носа. Хворі були віком від 20 до 55 років. Особи чоловічої статі складали 80%, жіночої – 20%. Період після травми був від 2 до 10 років.

Проведене дослідження складалось зі збору скарг, анамнезу хвороби і життя, проведення передньої та задньої риноскопії, огляду дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світоводом УМЗ (у частини хворих), рентгенографії приносових пазух.

При обстеженні у всіх пацієнтів виявлено деформацію перегородки носа різних видів, степеня вираженості та локалізації. При цьому мав місце хронічний синуїт з вип'яченого боку деформованої перегородки носа. З них у 80 (62,5%) пацієнтів мала місце лівобічна локалізація синуїту, у 32 (25%) – правобічна, у 16 (12,5%) – двобічна.

Таким чином, лівобічна локалізація хронічного синуїту у хворих після травми носа спостерігається значно частіше (62,5%). В переважній більшості випадків синуїт виникає на вип'яченому боці деформованої перегородки носа.

© *Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, А.І. Гавура, О.В. Стахів, О.В. Говда, М.М. Могитич, Д.М. Могитич, 2011*

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. ХОРУЖИЙ, О.В. ГОВДА, А.І. ГАВУРА, У.Р. ДУЖИК, О.В. СТАХІВ, В.А. ЛЕВЧУК (ТЕРНОПІЛЬ, КРЕМЕНЕЦЬ, УКРАЇНА)

ВИКОРИСТАННЯ ЯВИЩА ЦЕРУМЕНОЛІЗИСУ В ОТОЛОГІЇ

Сірковий корок зовнішнього слухового ходу є доволі частою причиною порушення якості життя людини (Б.Н. Біль і співавт., 2009). Тому проблема боротьби із сірковим корком надзвичайно актуальна. Біля 4% населення, за даними РФ, має проблеми із сірковим корком та потребує обов'язкового його видалення (Т.В. Маляренко, О.Г. Рильська, 2008).

Сірковий корок – 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).

В нормі вушна сірка видаляється за рахунок коливання передньої стінки зовнішнього слухового ходу під час жувальних рухів. Затримці сірки у зовнішньому слуховому ході і утворенню сіркового корка сприяють анатомічні особливості будови слухового ходу (його вузькість, звивистість), аномалія секреції сіркових залоз у вигляді її посилення (гіперсекреція). Однією з причин гіперсекреції можуть бути запальні зміни шкіри зовнішнього слухового ходу. В деяких випадках основу для утворення сіркового корка створює епідерміс, який відшаровується від стінок зовнішнього слухового ходу у вигляді пластів, що в подальшому просочуються сіркою (епідермальний корок). Певне значення в затримці сірки мають також порушення її складу, висока в'язкість.

Сірковий корок за консистенцією може бути м'який, твердий і кам'янистий. Клінічно розрізняють пристінковий і обтуруючий сірковий корок. Навіть при значних розмірах пристінкового сіркового корка слух знижується незначно. Суб'єктивні відчуття у хворих пов'язані з переходом пристінкового сіркового корка в обтуруючий. Це відбувається при потраплянні води у зовнішній слуховий хід (при купанні), в результаті чого сірка набрякає, що призводить до раптового зниження слуху. Потрапляння води у зовнішній слуховий хід часто буває тоді, коли людина помилась у ванні або під душем. Частіше люди приймають ці гігієнічні процедури в суботу або в неділю, а звертаються до оториноларинголога в понеділок чи у вівторок. Хоча це не є правилом. Хворі можуть звертатись і в інші дні тижня.

Клінічно сірковий корок супроводжується рядом симптомів. Це закладеність вуха, зниження слуху, аутофонія. Іноді з'являються запаморочення, головний біль, нудота, порушується серцева діяльність.

При тисненні корка на барабанну перетинку можуть виникати шум у вусі, запаморочення, а при тривалому перебуванні корка навіть її атрофія (Б.Н. Біль і співавт., 2009). Відомі випадки утворення холестеатоми в зовнішньому слуховому ході між сірковим корком і барабанною перетинкою.

При спробі самостійно видалити сірковий корок ватними паличками виникає проштовхування сіркових мас до барабанної перетинки, подразнення шкіри, гіперсекреція та «пресування» сірки, загроза травматизації барабанної перетинки. Тому ватні палички повинні використовуватися не для видалення сірки, а для гігієни початкового відділу зовнішнього слухового ходу.

Видалення сіркового корка має проводитись лікарем і потребує відповідних навичок (Т.В. Маляренко, О.Г. Рильська, 2008). Основними методами усунення сіркового корка є механічне його видалення відповідним інструментом (частіше гачком), промивання зовнішнього слухового ходу шприцем Жане, розм'якшення різними розчинами (перекис водню, олія, ізотонічний розчин натрію хлориду) з подальшою аспірацією. Вказані методи не завжди є ефективними. Вони дискомфортні і болісні для пацієнта. Ці методи протипоказані при цукровому діабеті, зовнішньому отиті, після перенесених в минулому отологічних операцій (Т.В. Маляренко, О.Г. Рильська, 2008). Їх не можна застосовувати у хворих з наявністю перфорації барабанної перетинки в анамнезі. Тому перш ніж їх застосовувати треба розпита-

ти хворого чи немає в нього «сухої» перфорації барабанної перетинки. Одного разу ми зробили прикру помилку. Не розпитавши хворої відносно наявності сухої перфорації барабанної перетинки, почали промивати зовнішній слуховий хід шприцем Жане з метою видалення сіркового корка і отримали гостру вестибулярну реакцію. Хвора була госпіталізована в ЛОР-відділення. Пізніше вона повідомила про наявність в неї «сухої» перфорації барабанної перетинки.

Тому необхідно шукати альтернативні методи лікування сіркового корка зовнішнього слухового ходу. Ефективним виявився засіб «Ваксол», що представляє собою спрей оливкової олії (Б.Н. Біль і співавт., 2009). З недавнього часу в арсеналі засобів для видалення сіркового корка зовнішнього слухового ходу з'явився препарат А-церумен виробництва «Лабораторії Жильбер» (Франція). Препарат представляє собою прозорий розчин світложовтого кольору, до складу якого входять 3 компоненти: аніонний, амфотерний та неіонний (Т.В. Маляренко, О.Г. Рильська, 2008). Компоненти А-церумену, адгезуючись на поверхні сіркового корка, м'яко і швидко розчиняють його. Препарат 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 2008 по 2010 рр. знаходилось 26 пацієнтів із симптомами сіркового корка зовнішнього слухового ходу віком від 20 до 52 років, які спостерігались нами в консультативно-лікувальному центрі медичного університету, в поліклінічних відділеннях міської комунальної клінічної лікарні №2, обласної комунальної клінічної лікарні (нині університетської лікарні) та Кременецької центральної комунальної районної лікарні.

У 10 осіб сірковий корок був однобічний, у решти 16 – двобічний. Хворі скаржились на зниження слуху та шум у вусі (вухах). Деякі з них відмічали головний біль і аутофонію у хворому вусі.

Пацієнти були поділені на 2 групи: основну і контрольну. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. В основну групу входило 16 пацієнтів, в контрольну – 10. Хворі основної групи застосовували А-церумен двічі на день протягом 4 днів згідно інструкції, тобто закрапували половину вмісту одноразової упаковки в кожне вухо і тримали приблизно 1хв, після чого промивали зовнішній слуховий хід фізіологічним розчином натрію хлориду. Температура розчинів дорівнювала температурі тіла хворого. Тривалість лікування визначалась індивідуально лікарем. Пацієнти контрольної групи застосовували 3% розчин перекису водню.

Контрольні огляди проводились на 5-й день від початку лікування.

Критеріями оцінки 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 18 хворих після застосування препарату спостерігалось відновлення слуху, у 8 – його покращення. У хворих після застосування препарату при отоскопії сірковий корок не виявлявся. У них зовнішні слухові ходи повністю очистились від сірки без додаткових промивань вуха. У 5 пацієнтів, у яких кількість сірки на 5-й день лікування значно зменшилась, її залишки були видалені шляхом промивання вуха. А у 3 хворих виникла необхідність видалення сіркового корка за допомогою гачка Трельча. Це були особи з твердим або кам'янистим сірковим корком.

А-церумен 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.

Таким чином, терапевтична ефективність препарата А-церумен при лікуванні хворих з сірковим корком зовнішнього слухового ходу без промивання слухового ходу виявилась високою. Препарат А-церумен є сучасною альтернативою існуючим методам 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. Отже препарат А-церумен може з успіхом застосовуватись як для видалення сіркового корка, так і для профілактики його утворення.

© *Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, О.В. Говда, А.І. Гавура, У.Р. Дужик, О.В. Стахів, В.А. Левчук, 2011*

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Л.В. ЯШАН, А.І. ГАВУРА, О.В. ГОВДА, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, Є.Ю. ТКАЧЕНКО, В.А. ЛЕВЧУК (ТЕРНОПІЛЬ, КРЕМЕНЕЦЬ; УКРАЇНА)

ПРИЧИНИ УТРУДНЕННЯ НОСОВОГО ДИХАННЯ У ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ

Неадекватне носове дихання може спричинити до цілого ряду патологічних станів в організмі (С. Б. Безшапочний і співавт., 2008). Причин, що викликають утруднення носового дихання, досить багато. Найчастішими з них є деформація перегородки носа, хронічний гіпертрофічний риніт, хронічний атрофічний риніт, хронічний поліпозний синуїт, аденоїдні вегетації та ін.. В багатьох випадках має місце поєднання декількох етіологічних чинників (деформація перегородки носа і аденоїдні вегетації; деформація перегородки і хронічний гіпертрофічний риніт; деформація перегородки і хронічний поліпозний синуїт; деформація перегородки, хронічний гіпертрофічний риніт і аденоїдні вегетації).

При виникненні утруднень носового дихання, особливо, коли вони носять тривалий, стійкий характер, хворі потребують ретельного обстеження (передня і задня риноскопія, пальцеве дослідження носової частини горла, оптична ендоскопія порожнини носа та носової частини горла).

Усунення причин утруднення носового дихання слід здійснювати в якомога коротший термін, пам'ятаючи, що це не тільки і не стільки проблема носа, скільки проблема усього організму в цілому (С.Б. Безшапочний і співавт., 2008).

Ми провели обстеження хворих, у яких єдиною або основною скаргою було утруднення носового дихання. Проводилось повне оториноларингологічне обстеження (передня і задня риноскопія, орофарингоскопія, гіпофарингоскопія, непряма ларингоскопія, отоскопія, пальцеве дослідження носової частини горла, за показаннями рентгенографія приносових пазух). У частини хворих обстеження ЛОР-органів здійснювалось дзеркалами оториноларингологічними з волоконним світловодом УМЗ.

Під нашим спостереженням за період з 2006 по 2010 рр. знаходилось 412 хворих.

При обстеженні хворих виявлені наступні захворювання: деформація перегородки носа (у 110 хворих), хронічний гіпертрофічний риніт (у 49), хронічний атрофічний риніт (у 18), хронічний поліпозний синуїт (у 32), аденоїдні вегетації (у 50), деформація перегородки носа і хронічний гіпертрофічний риніт (у 60), деформація перегородки носа і хронічний поліпозний синуїт (у 28), деформація перегородки носа і аденоїдні вегетації (у 35), деформація перегородки носа, хронічний гіпертрофічний риніт і аденоїдні вегетації (у 30 хворих).

Пацієнтам на хронічний атрофічний риніт призначено місцеве лікування в амбулаторних умовах (препарати прополісу, назальний крем Піносол чи назальний спрей «АКВА МАРІС®»). Всі інші хворі скеровані на стаціонарне лікування в ЛОР-відділення обласної комунальної клінічної лікарні (нині університетської лікарні) або обласної комунальної дитячої клінічної лікарні для виконання хірургічного лікування.

Таким чином, проведені нами дослідження свідчать про те, що найчастішими захворюваннями, які порушують носове дихання, були деформація перегородки носа, аденоїдні вегетації, хронічний гіпертрофічний риніт, а також поєднання деформації перегородки носа з хронічним гіпертрофічним ринітом.

© *Г.С. Протасевич, Л.В. Яшан, А.І. Гавура, О.В. Говда, В.Г. Корицький, Є.Ю. Ткаченко, В.А. Левчук, 2011*

С.М. ПУХЛИК (ОДЕССА, УКРАИНА)

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ РИНОСИНУСИТАХ

Острые воспалительные заболевания носа редко бывают изолированными, а чаще включают воспаление и околоносовых пазух, т.е. риносинуситы. Это одно из самых распространенных заболеваний ЛОР-органов. Риносинуситами страдает от 10 до 20% населения. Так, среди больных, находящихся в ЛОР-стационаре до 36% составляют пациенты, страдающие синуситами. Острый бактериальный риносинусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции (5-10%) и с одинаковой частотой встречается во всех возрастных группах. Чаще в воспалительный процесс вовлекаются клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстная пазуха, реже лобная и клиновидная пазухи. Хронический синусит

стоит на первом месте среди всех хронических заболеваний (146/1000 населения). За последние 10 лет заболеваемость синуситами значительно выросла, кроме того, отмечается тенденция к затяжному течению синусита, быстрому распространению инфекции на нижние дыхательные пути. Чаще в воспалительный процесс вовлекаются клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстная пазуха, реже лобная и клиновидная пазухи.

Лечение синусита

Медикаментозное лечение синусита направленно в первую очередь на восстановление вентиляции пазухи и оттока скопившегося экссудата.

Для достижения поставленной цели существуют следующие подходы:

- разжижение секрета;
- восстановление функции мукоцилиарного аппарата;
- ликвидация воспалительного отека слизистой оболочки верхних дыхательных путей;
- профилактика бактериальной суперинфекции;
- регенерация слизистой оболочки дыхательных путей/профилактика хронизации болезни;
- повышение сниженного иммунитета.

Базовое лечение синусита включает в себя комплекс лечебных средств: секретолитики, местные и системные деконгестанты, антибиотики. Системное применение антибиотиков при легкой форме риносинусита, когда отсутствуют головные боли и лихорадка, не всегда оправданно, так, как велик риск развития побочных эффектов и сенсибилизации организма. Поэтому предпочтительно введение антибактериальных препаратов непосредственно на слизистую оболочку полости носа и зону остиомеатального комплекса.

Достоинства местной антибактериальной терапии инфекций верхних дыхательных путей:

- целенаправленная доставка антибиотика к очагу инфекции;
- отсутствие системного действия;
- меньше риск резистентных штаммов микрофлоры.

Хорошим примером такого рода лекарственных средств является Биопарокс (Сервье). Активным началом Биопарокса является фузафунгин – антибиотик с противовоспалительным механизмом действия – Fusarium lateritium (штамм 437), обладающим специфическим сбалансированным спектром действия.

Вопросы воздухообмена в околоносовых пазухах до сегодняшнего дня являются дискутабельными – как и когда воздух попадает в верхнечелюстную пазуху: при вдохе или выдохе? Возможно ли введение препарата в воспаленную пазуху, когда риногенный путь развития воспаления приводит к нарушению функции естественного соустья?

Наш многолетний опыт применения препарата Биопарокс показал, что его назначение как единственного антибактериального средства вполне оправданно при острых вирусных риносинуситах, вместе с топическими или системными деконгестантами, способствующими уменьшению отека в области остиомеатального комплекса и открытию естественных соустий пазух. Применение Биопарокса при вирусных риносинуситах оправданно профилактической целью развития бактериального воспаления.

Кроме того, нам хочется поделиться опытом применения препарата Биопарокс в лечении острого и хронического экссудативного синусита внутрипазушно. Это осуществляется путем пункции верхнечелюстной пазухи от экссудата и введение в пазуху Биопарокса. Как это сделать? Очень просто: баллон препарата необходимо вынуть из флакона и его головка точно подходит под стандартный размер отверстия иглы Куликовского. Нажатие баллона приводит к распылению Биопарокса в полости верхнечелюстной пазухи. Количество нажатий решает врач исходя из тяжести течения синусита. Не следует направлять наконечник иглы Куликовского вверх в сторону орбиты, т.к. иногда больные отмечают неприятные давления на глаз. Кроме того, напомним старые рекомендации – не следует вводить воздух, кислород (в т.ч. Биопарокс) в пазуху при наличии свежей крови из пазухи – риск развития эмболии.

Под нашим наблюдением лечилось 56 больных с острым и хроническим экссудативным риносинуситом с эндоназальным и внутрипазушным введением Биопарокса. Эффективность лечения была сравнима с введением в пазуху растворов антибиотиков, в том числе с гормонами и др. Число пункций, необходимых для излечения или снятия обострения было сравнимо или даже ниже, чем при традиционном способе. Случаев осложнений, вызванных введением препарата Биопарокс, отмечено не было.

Выводы:

- препарат Биопарокс эффективен при лечении вирусных и нетяжелых бактериальных форм риносинуситов как самостоятельный метод лечения;

- при необходимости пункционного метода лечения экссудативного синусита препарат Биопарокс может быть легко технически введен через иглу Куликовского в верхнечелюстную пазуху;
- препарат Биопарокс показан для применения на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, поэтому при внутрипазушном введении он эффективно действует на традиционных возбудителей риносинусита.

© *С.М. Пухлик, 2011*

С.М. ПУХЛИК, Н. Ш. АЛИ ЭЛЬ-ХАБИБ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗОВ ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ

К числу самых распространенных аллергических заболеваний относятся поллинозы (сезонный или персистирующий аллергически ринит). Частота его составляет 10-20% населения.

Несмотря на распространенность в Украине до сих пор не изучены региональные особенности пыльцевых аллергенов, не созданы календари цветения растении для различных географических зон. Это в первую очередь касается зоны причерноморских степей республики с ее весьма богатым спектром потенциально аллергенных растений.

Аэробиология (наука, которая исследует распределение пыльцы растений и спор грибов в воздухе) нуждается в исследовании региональных особенностей с целью создания профилактических и лечебных программ для больных поллинозом. В настоящее время известно более 700 видов аллергенных растений и их пыльцы, а на территории Украины произрастет более 300 из них.

На Украине известно 3 пика обострений поллиноза: весенний (апрель-май), летний (конец мая-июль) и летнее-осенний (конец июля-октябрь).

За данными аэробиологических исследований в Одессе в первую волну пыления растений (апрель) поллиноз развивается редко – причиной является пыльца тополя, одуванчика, иногда березы(которая редко встречается в нашем регионе). Зато часто встречается аллергическая реакция в мае месяце на пыльцу каштана, акации, дикой маслины.

Вторая волна характеризуется разнообразием растений – пыльца злаковых, липы.

Наибольше число заболевших приходится на летнее – осенний период и связан с пылением бурьянов. Среди ведущих причинных аллергенов в нашем регионе составляет на амброзия (как в центральной аэропалиногической зоне), а полынь, немного реже лебеда, и еще реже амброзия. Следует отметить, что редко встречается моноаллергия, чаще всего пациенты реагируют на смесь трав.

Поллинозы в условиях Одесского региона характеризуются тяжестью клинического течения, обусловленной высоким процентом пыльцевых поражений бронхов, кожных покровов, пыльцевой интоксикацией. Наиболее типичным в клинической картине поллинозов был ринит, конъюнктивит и их сочетание. Наиболее тяжелым течением отличались поллинозы, связанные с аллергией к полыни.

© *С.М. Пухлик, Н. Ш. Али Эль-Хабиб, 2011*

С.М. ПУХЛИК, К.К. ВАСИЛЬЕВ, А.В. ПОЛОВНИКОВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

К ИСТОРИИ ОДЕССКОГО ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Как известно, Одесса была основана в 1794 г. – рескрипт Екатерины II от 27 мая этого года.

В небольшом пограничном городке первыми врачами были военные медики расквартированных здесь войск, врач морского карантина и лекарь «Городового гошпиталя» (позднее Старой городской больницы), учрежденного в 1798 г. Пожалуй, все, а докторов, которые специализировались бы только на ЛОР-болезнях, в ту эпоху ещё не было.

Город бурно рос, увеличивалось и число одесских врачей, которые в 1849 г. основали Общество одесских врачей. На заседаниях этого общества заслушивались сообщения и по отоларингологии.

В 1900 г. в Императорском Новороссийском университете был открыт медицинский фа-

культет, профессорско-преподавательский состав которого по примеру других университетов Империи создает Медицинское общество (1904). В соответствии с уставом его действительными членами могли стать не только служащие в университете, но и врачи всех специальностей, проживающие в Одессе.

Но ещё до этого, в 1893 г. в Одессе появилось еще одно общеврачебное (не специализированное) общество – Общество русских врачей города Одессы (ОРВ), которое также объединяло врачей всех специальностей и поэтому закономерно, что на его заседаниях делались доклады и по ЛОР вопросам. Это Общество издавало свои труды и в 1909 г. было присоединено к Императорскому Новороссийскому университету. В 1904 г. товарищем председателя (сейчас бы сказали – заместителем председателя) ОРВ был известный одесский ЛОР-врач К.М. Шмидт (1857-1915), который стал первым председателем Одес-ского отоларингологического общества.

В конце XIX в. – начале XX в. Одессе стали создаваться специализированные медицинские общества. Закономерно, что первым ещё в 1876 г. начало функционировать Бальнеологическое общество. Затем появились: Дерматологическое и венерологическое (1902), Офтальмологическое (1910), Отоларингологическое (1911), Детских врачей (1917) и другие. Как видно из этого перечня одесских специализированных медицинских обществ одно из первых возникло Одесское отоларингологическое общество.

Созданию Одесского отоларингологического общества (ООО) предшествовали регулярные товарищеские собрания отоларингологов, которые организовывал у себя на дому д-р И.С. Гешелин. На этих неофициальных заседаниях делались сообщения, зачитывались рефераты, демонстрировались больные.

Согласно уставу ООО, утвержденного 15 марта 1911 г., целью его была научная разработка вопросов как теоретических, так и практических, относящихся к области отоларингологии. Членами-учредителями Общества стали 17 врачей. Первым председателем, как уже было сказано выше, был избран К.М. Шмидт.

Заседания ООО проходили в те годы нерегулярно, по мере накопления материалов. Доклады были посвящены всем разделам отоларингологии, а также смежным специальностям. Так, были засушены следующие сообщения: К.М. Шмидта «О важнейших успехах ларинго-рино-отологии за последние 25 лет» (1911), «О случае прогрессирующего тромбофлебита мозговых синусов» (1914); И.С. Гешелина «К диагностике и о операции аденоидных разращений» (1911); В.П. Снежков «К казуистике слюнных камней» (1911); Н.А. Ильяшенко «Об осложнениях тромбофлебитом синуса» (1912); Р.В. Ристера «О влиянии хинина и салицилового натра на слуховой аппарат» (1912); М.С. Розенблата «К вопросу о перевязке внутренней яремной вены при пиемии ушного происхождения» (1912); О.И. Пенского «Об операции рака гортани» (1913) и другие.

В связи с начавшейся первой мировой войной, а затем гражданской, – деятельность ООО прекратилась. Только в 1925 г. Общество возродилось уже как Одесское отоларингологическое общество при Одесском медицинском институте. Сегодня Одесское областное научно-практическое общество оториноларингологов насчитывает 168 членов, регулярно ежемесячно проводит свои заседания, конференции, круглые столы и т.п. по актуальным проблемам отоларингологии.

© *С.М. Пухлик, К.К. Васильев, А.В. Половникова, 2011*

С.М. ПУХЛИК, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, А.П. ЩЕЛКУНОВ (ОДЕССА, КИЕВ; УКРАИНА)

РИНОСИНУСИТЫ КУПАЛЬНОГО СЕЗОНА – ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

В период купального сезона (июнь-август) резко в несколько десятков раз возрастает число больных острым гнойным риносинуситом. Естественно, и больные и врачи связывали развитие острого, тяжело протекающего воспаления пазух с предшествующим пребыванием на пляже, купанием, и как казалось, загрязнением морской воды.

Однако проведенные нами многолетние бактериологические исследования показали, что состав морской воды из года в год улучшается (закрылись неблагополучные в экологическом плане производственные предприятия, улучшилась очистка стоков и др.), а количество больных растет. Бактериологические исследования, проведенные у пациентов показали, что флора, высеваемая из полости носа и околоносовых пазух совершенно разная – встречаются стафилококки, стрептококки, протей, кишечная палочка, клебсиелла, но практически всег-

да (92,2%) отмечается наличие в посевах плесневых грибов (преимущественно, Aspergillum niger). В морской воде плесень встречалась редко. Нам впервые пришла идея изучить бактериологическое состояния не только морской воды, но и морского песка. Как оказалось, при исследовании на грибковый состав морского песка отмечается наличие в большом количестве плесневых грибов и небольшое количество дрожжевых грибов.

Таким образом, в морском песке содержимом околоносовых пазух, помимо бактериальной флоры в большом количестве выделены плесневые грибки. Но грибковые риносинуситы не протекают в виде острого гнойного воспаления, как же здесь происходит воспаление ответ на этот вопрос нам удалось получить исследуя иммунную систему больных с этой формой риносинусита. Было установлено, что у больных с острым риносинуситом купального сезона по сравнению с обычными бактериальными риносинуситами (в осеннее-зимний период) выявлена резкая IgE-сенсибилизация к плесневым грибам сочетающаяся с низким уровнем α и γ-интерферонов в сыворотке крови и ротоглоточном секрете. Лабораторные исследования были подтверждены кожными пробами с грибковыми аллергенами.

Таким образом, именно эти особенности иммунного и микробиологического статуса больных марисинуитами (МС) в сочетании высокой степенью загрязненности пляжного песка грибковой флорой позволили выделить данную группу синуитов в отдельную группу и сформировать подходы к проведению эффективной терапии.

Такими особенностями в лечении больных с МС явилось использование наряду с базовой терапией, характерной для больных обычными острыми бактериальными риносинуитами (назначение антибиотиков, деконгестантов, витаминов и антигистаминных средств), индуктора интерферона – циклоферона (системно), который применяли на протяжении 7-10 дней от начала заболевания.

Проводимая терапия марисинуитов показала, что уровень общего IgE в сыворотке крови больных снижался до значений физиологической нормы Уровни специфических IgE к грибковым антигенам у больных марисинуитами также показали положительную динамику, хотя и не достигали контрольных значений.

После проведенного лечения отмечено частичное восстановление альфа –интерферона и появление в крови иммунного гамма интерферона, что по современных взглядам является прогностически благоприятным признаком.

Таким образом, можно считать, что использование комплексного лечения больных МС патогенетически обосновано и проведенное определение иммунологических параметров у больных МС свидетельствуют об их нормализации после проведенной терапии, что коррелирует с улучшением состояния больных и позволяет рассматривать данные показатели в качестве объективных критериев в оценке эффективности лечения больных с марисинуитами.

© *С.М. Пухлик, О.Ф. Мельников, А.П. Щелкунов, 2011*

С.М. ПУХЛИК, И.К. ТАГУНОВА, А.В. АНДРЕЕВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОНЗИЛЛИТОМ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Установлен клинико-иммунологический эффект криохирургического лечения больных тонзиллитом язычной миндалины (ТЯМ). К 30-м суткам клиническое выздоровление сопровождается нормализацией основных показателей местной и общей иммунной защиты. Лечебный эффект от криовоздействия связан с разрушением патологически измененной ткани, разрывом порочного круга, при котором инфекция и патологический процесс подавляют местные и общие механизмы иммунной защиты.

Цель работы – установить клинико-иммунологический эффект криохирур-гического лечения, оценить динамику общей воспалительной реакции, показатели местной иммунной защиты ротоглотки и общие показатели гуморальной защиты. Обследованы 29 больных тонзиллитом язычной миндалины. 17 пациентов лечили криохирургическим методом, 12 лечились консервативно. Содержание в ротовом секрете IgG больных было повышено по сравнению с контролем, составляя 3,95±0,14 мкг/мг против 2,0±0,28 мкг/мг белка. При консервативном лечении уровень IgG на 10-е сутки снижался, но к 30-м суткам возрастал до 3,92±0,18 мкг/мг. При криохирургии уровень постепенно снижался, достигая к 30-м суткам уровня 2,32±0,08, что было до-

стоверно ниже, чем до лечения, и не отличался от показателя контрольной группы. Содержание в ротовой жидкости IgM на всех сроках достоверно не менялось по сравнению с контрольной группой. Содержание иммуноглобулинов в сыворотках крови имело ту же динамику, что и в ротоглоточной жидкости. Уровень IgA был снижен с 1,26±0,12 до 0,98±0,04 г/л, уровень IgG был повышен с 8,68±0,04 до 10,28±0,43 г/л ($p < 0,05$). При консервативном лечении уровень IgA к 30-м суткам оставался сниженным, а при криохирургии возрастал до 1,31±0,07 г/л. Уровень IgG в крови при консервативном лечении не снижался, а при криохирургии имел тенденцию к снижению, но не достигал контрольных цифр, составляя в среднем 9,59±0,4 г/л. Воспалительно-изменённые ткани язычной миндалины обладают антигенными свойствами, обнаруживаются с помощью серологической реакции. До начала лечения антиген в ротоглоточном секрете определяется у 89,6% больных, а в крови – у 24,1% больных. При консервативном лечении частота выявления антигена на 10-е сутки снижалась: в ротоглоточном секрете статисти-чески недостоверно, а в крови антиген обнаружен у одного больного. Через 30 сут. антиген и в ротоглоточном секрете, и в крови выявлялся столь же часто, как и до лечения. Это указывало на то, что при консервативном лечении деструктивные процессы сокращались, но после его прекращения деструкция ткани язычной миндалины продолжалась.

При криохирургической операции происходит дополнительная деструкция ткани язычной миндалины. Поэтому у всех больных на 10-е сутки антиген выявляется в ротоглоточном секрете, куда он непосредственно поступает из зоны операции. У 35,3% больных антиген попадает в кровь. Через 30 сут после криовоздействия антиген выявлен в секрете у одного больного, т.е. после криолечения деструкция ткани язычной миндалины прекращается.

Выход антигена из ткани может способствовать проявлению его аутоантигенных свойств. До начала лечения антитела к антигену ткани язычной миндалины были обнаружены в крови 79,3% больных и в ротоглоточном секрете 34,5% больных. При консервативном лечении на 10-е сутки частота выявления антител в обеих средах снижается, но через месяц антитела обнаруживаются вновь. При криолечении на 10-е сутки продукция антител возрастает в ответ на поступление новых порций антигена, но к 30-м суткам прекращается практически у всех пациентов. Это также соответствует прекращению антигенной стимуляции антителообразования.

Криохирургическое лечение обладает преимуществом перед консервативным лечением тонзиллита язычной миндалины. Клинический эффект лечения подтверждается благоприятной динамикой проявлений воспалительной реакции, и нормализацией уровня местной гуморальной защиты ротоглотки.

© *С.М. Пухлик, И.К. Тагунова, А.В. Андреев, 2011*

С.М. ПУХЛИК, И.К. ТАГУНОВА, К.Г. БОГДАНОВ, А.В. АНДРЕЕВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ДЕРИНАТА В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АДЕНОИДИТАМИ

Аденоидит, как и хронический тонзиллит, является заболеванием всего организма, а аденотонзиллярная гипертрофия рассматривается как следствие хронического антигенного раздражения. Несмотря на воспаление, глоточная миндалина активно участвует в становлении иммунитета, поэтому нельзя признать целесообразным хирургический метод лечения. Из-за отсутствия эффекта при проведении стандартной терапии больных аденоидитом, возникает вопрос о необходимости использования иммуномодулирующей терапии.

В качестве иммуномодулятора применён Деринат («Техномедсервис», Россия) – высокомолекулярное физиологически активное вещество природного происхождения.

Нами изучена эффективность лечения Дери-натом хронического воспале-ния глоточной миндалины у 30 пациентов основной группы, с диагнозом хрони-ческий аденоидит, в возрасте 3-6 лет, находившихся на момент обследования в состоянии ремиссии. Контрольная группа составила 14 человек. В схему обследования включены: бактериологическое исследование отделяемого из носа и зева, клинический анализ крови, иммунологическое, иммунотермистометри-ческое исследование.

У 14 (47%) обследованных до лечения были признаки клеточного иммунодефицита. У 6 (20%) детей определялось высокое содержание эозинофилов в назоцитограмме, в крови – в 2.5 раза, повышение содержания IgG

в 1,26 раз, IgM в 1,5 раза. Выявлено повышенное содержание антител к ткани миндалины до 30-40 у.ед. в крови и до 20-30 у.ед. в слюне. У 6(20%) пациентов обнаруживалась интенсивная микробная колонизация на слизистых оболочках, в сыворотке крови обнаружено значительное повышение содержания маркеров воспаления. У 4(13%) пациентов с выраженным лимфоцитозом, показатели отражали напряженность иммунной системы в связи с повторяющейся аденовирусной инфекцией верхних дыхательных путей и ЛОР-органов.

Применение Дерината позволило добиться иммуномодулирующего эффекта – нормализовались параметры нейтрофильно-фагоцитарного, гумораль-ного и Т-клеточного звеньев иммунитета в зависимости от иммунного статуса пациента, стадии заболевания, снизилось содержание ЦИК, антител к ткани миндалин, слизистой оболочке носа, как в крови, так и в слюне. Нормализовался состав микробного пейзажа носоглотки с преобладающим воздействием на стрептококковую флору.

Полученные данные свидетельствуют о выраженной противовоспалительной активности Дерината и высокой эффективности в отношении коррекции нарушений иммунного статуса.

© *С.М. Пухлик, И.К. Тагунова, К.Г. Богданов, А.В. Андреев, 2011*

С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ, О.В. ТИТАРЕНКО, Д.В. КАРПОВИЧ
(ОДЕССА, УКРАИНА)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «СИНУПРЕТ» (РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТМАРКЕТИНГОВОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛЕДОВАНИЯ)

У детей дошкольного и младшего школьного возраста среди заболеваний глотки наиболее часто отмечаются аденоиды и аденоидиты.

Сегодня имеется достаточно оснований для того, чтобы считать, что лимфо-эпителиальные образования глоточного кольца выполняют важную роль в организме в качестве информационного поста и регулятора продукции секреторного IgA для обеспечения защиты слизистых ВДП. Поэтому мы можем отметить возрастающий интерес к проблеме консервативного лечения хронического аденоидита. В связи с важной ролью лимфоидной ткани глотки в формировании иммунологической защиты организма, сегодня значительно сужены показания для хирургического лечения пораженной глоточной миндалины, а приоритет отдаётся проведению консервативной терапии.

Целью работы было изучение эффективности консервативной терапии обострения хронических аденоидитов с помощью фитопрепарата «Синупрет».

Задачи исследования:

- проведение комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования пациентов;
- мониторинг динамики показателей в процессе лечения
- динамическое наблюдение за пациентами в течение 12 месяцев (оценка рецидивов аденоидита, появление осложнений, в связи с неэффективностью – выполнение оперативного лечения

Материалы и методы

Всего обследовано и пролечено было 60 детей, обоего пола, в возрасте 3-10 лет, которые разделились на две группы: Основная группа – 30 человек, которые получали препарат Синупрет на протяжении 14 дней плюс местная терапия (носовой душ солевым раствором), 14 дней.

Контрольная группа – 30 человек, которым проводилась только местная терапия (носовой душ солевым раствором) на протяжении 14 дней.

Мы максимально обследовали детей для исключения аллергического ринита, на фоне которого развивается аденоидит, глистной инвазии и паразитов.

Разделение на группы происходило методом случайного распределения.

В случаях, когда на фоне лечения аденоидита у ребенка не отмечалось улучшения, а наоборот, присоединялось воспаление среднего уха, развивалась ангина либо бактериальный бронхит, что требовало назначения антибиотиков и других методов интенсивной терапии, такие дети выводились из исследования. Всего за весь период годичного наблюдения нами отмечено таких 3 случая(один в основной группе, двое в контрольной)

Оценка самочувствия детей проводилась до и после проведенного лечения и затем через 3, 6, и 12 месяцев после лечения по динамике следующих параметров, выраженной в баллах:

1. Заложенность носа
2. Выделения из носа (ринорея)
3. Ночной кашель (postnasal drip syndrom)
4. Храп
5. Заложенность ушей (снижение слуха)

При обследовании детей с аденоидитами мы брали мазки из носоглотки, в которых была выделена разнообразная непатогенная микрофлора. Анализ таксономического спектра исследованных бактериальных штаммов, изолированных от больных детей с аденоидитами (60 человек), показал, что он представлен 4 родами бактерий: Staphylococcus, Streptococcus, Escherichia, Klebsiella. Представители рода Staphylococcus, как наиболее часто встречающегося, были идентифицириваны до вида: S.aureus, S.haemolyticus, S.epidermidis. Независимо от характера возбудителя лечение всем детям проводилось согласно вышеуказанной схемы.

Результаты проведенного лечения детей с обострением хронического аденоидита показали, что улучшение отмечено у всех пациентов обох клинических групп. Наилучшие результаты были при использовании Синупрета, что позволило сократить сроки домашнего режима для детей с аденоидитами (основная группа 4,8 дня, контрольная группа – 6,7 дня. $P < 0.01$),

Наблюдение детей в течение года показало, что число обострений аденидитов в основной группы сократилось (3,4 случая против 5,5 в контрольной. $P<0.01$),

За период наблюдения операцию аденотомию пришлось выполнить одному ребенку основной группы и 4 детям из контрольной группы.

Выводы:

1. Использование препарата Синупрет имеет выраженный клинический результат при лечении детей с обострением хронического аденоидита: сокращение сроков лечения, уменьшение числа обострений, сохранения важно для иммунной системы ребенка глоточной миндалины.
2. Препарат Синупрет необходимо назначать детям двухнедельным курсом.

© *С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, О.В. Титаренко, Д.В. Карпович, 2011*

Э.Н. РАМАЗАНОВ, Н.А. ЛЯСКОВСКАЯ, С.В. ЧЕРНЫШЕНКО, Т.А. ДУРЯГИНА, С.Н. МАЗЛУМЬЯНЦ (СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

При разнообразии причин, вызывающих сенсоневральную тугоухость (СНТ), сосудисто-реологические нарушения выходят на первое место. Повышенный уровень плазменного холестерина и фибриногена приводит к нарушению реологии, снижая эффективную микроциркуляцию и адекватную оксигенацию органов и тканей (Anderson T., Meredith J., 1995; Коновалов Г.А., 2003; Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., 2005).

Из обследованных и получавших лечение в нашей клинике 34-х пациентов (20 – 58,8% мужчин и 14 – 41,2% женщин) с острой сенсоневральной тугоухостью (ОСНТ) и хронической сенсоневральной тугоухостью (ХСНТ) за период 2009-2010 г.г., средний возраст составлял 43,2±1,2 года (от 17 до 68 лет). Все больные предъявляли жалобы на снижение слуха или ощущение заложенности одного или обоих ушей, у 7 (20,6%) сопровождающиеся ощущением субъективного шума в одном ухе (4) или обоих ушах (3), при этом, у 5 пациентов основной жалобой был ушной шум. При аудиологическом исследовании на аудиометре «Grosses klinisches audiometer MA-31» фирмы «Pracitronic» (Германия), в диапазоне частот от 125 до 8000 Гц отмечалось повышение порогов восприятия более 20 дБ не менее чем на трех частотах. Диагноз ОСНТ был поставлен 14 пациентам (41,2%), ХСНТ диагностирована у 20 пациентов (58,8%). У пациентов с ОСНТ отмечалось снижение слуха в речевом диапазоне частот 55,3±1,5 дБ (2-3 степень тугоухости), у пациентов с ХСНТ – 57,1+ 2,4 дБ (3 степень тугоухости).

Основной сопутствующей патологией были: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз – 19 п. (55,9%); гипертоническая болезнь – 15 п.(26,5%); дисциркуляторная энцефалопатия – 12 п. (35,3%).

В биохимических показателях крови у этих пациентов – ХС, ЛПНП, ЛПОНП, а так же показатели системы гемостаза находились на верхней границе нормы или превышали ее.

В первую группу наблюдения входили пациенты с СНТ, которым проводилось традиционное лечение (14): ежедневное капельное внутривенное вливание – в 200 мл 0,9% физиологического раствора – 4 мг дексаметазона, 5 мл кавинтона, 5 мл трентала; р-ра реосорбилакта 200 мл, фуросемид 2,0 мл в/м, р-р пирацетама

20% – 10 мл. в/в струйно, р-р глюкозы 40% – 20 мл. в/в струйно; иглорефлексотерапия; инъекции раствора нейрорубина 5,0 мл., мильгаммы 2,0 мл внутримышечно; перорально – кавинтон, тиоцетам по 1 т. 3 раза в сутки; по показаниям проводился массаж шейно-воротниковой зоны.

Во вторую группу входили пациенты (20 п.) с СНТ, которым наряду с традиционной терапией проводились процедуры лечебного ПФ. Применялся среднеобъемный аппаратный мембранный ПФ на аппарате «Гемофеникс». Сеансы проводились с интервалом от 1-2 раз в неделю до 1 раза в месяц.

В результате лечения в двух группах было отмечено субъективное улучшение слуха, снижение порогов слуха на 20-25 дБ по данным тональной аудиометрии.

В первой группе пациентов жалобы на шум в ухе предъявляли 4 пациента (28,6%) (2 п. – ОСНТ, 2п. – ХСНТ), через 6 недель после проведенного лечения у 1 пациента (7,1%) с ОСНТ жалобы на шум отсутствовали, у 2-х пациентов (14,3%) с ОСНТ отмечалось снижение интенсивности шума или поменялся характер шума, у 2 пациентов (14,3%) сохранились прежние жалобы на шум.

Во второй группе пациентов отмечалось 5 пациентов (25%) (3 – ОСНТ, 2 – ХСНТ) с жалобами на шум в ухе, из них через 6 недель после проведенного лечения у 1 (5%) пациента с ОСНТ шум исчез, 2 пациента (1 – ОСНТ, 1 – ХСНТ) отмечали значительное уменьшение интенсивности шума (40%), 2 пациентов (10%) – без улучшения.

Выводы.

1. Комбинация лечебного плазмафереза и традиционной медикаментозной терапии в лечении больных с СНТ привели к понижению порогов слуха, выраженному уменьшению или исчезновению ушного шума, нормализации артериального давления, коррекции гиперхолестеринемии, улучшению реологии крови, существенному улучшению клинического состояния пациентов.
2. При применении ПФ происходит достоверное снижение концентрации ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПОНП, фибриногена в среднем на 20-30%, в то время как остальные показатели остаются неизменными.
3. Показания для проведения ПФ больным с СНТ:

- наличие острой или хронической СНТ (давность развития заболевания от 1 суток до 6 месяцев) сосудистого генеза.
- наличие превышающих норму или находящихся на верхней границе нормы биохимических показателей (ХС, ЛНП, ЛПОНП, ТГ), фибриноген, вязкость плазмы).
- наличие сопутствующей патологии: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ГБ.

4. Противопоказанием для проведения ПФ являются:

- СНТ травматического, психогенного генеза;
- продолжающееся кровотечение;
- некорригируемая гипотония;
- острое нарушение мозгового кровообращения.

© *Э.Н. Рамазанов, Н.А. Лясковская, С.В. Чернышенко, Т.А. Дурягина, С.Н. Мазлумьянц, 2011*

В.М. РАХМАНОВ, Д.И. КЛИМЕНКО, Р.В. РАХМАНОВ (ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УШНЫМ ШУМОМ

Субъективный ушной шум является сложной, недостаточно изученной мультидисциплинарной проблемой, в связи с чем актуальным остается вопрос совершенствования лечения больных с данной патологией. Нередко восприятие ушного шума ассоциируется с негативными эмоциями больного, боязнью потери слуха или возможным заболеванием головного мозга, развитием психотических и непсихотических расстройств, что отрицательно влияет на качество его жизни.

Цель настоящего исследования – оптимизировать эффективность реабилитации больных, страдающих ушным шумом, при рациональном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Нами было обследовано 34 больных в возрасте от 24 до 59 лет, у которых ушной шум был одним из ведущих симптомов заболевания и ассоциировался с патологией органа слуха (последствия острого среднего отита, адгезивный отит, отосклероз, острые и хронические сенсоневральные нарушения слуха на уровне улитки, болезнь Меньера). У большинства пациентов (85,3%) страдающих от ушного шума, выявлена та или иная степень тугоухости. У 25 (73,5%) человек шум носил постоянный характер и у 9 (26,5%) – шум возникал периодически.

При заболеваниях среднего уха в большинстве случаев (78,6%) ушной шум носил низкочастотный характер, при сенсоневральной тугоухости – высокочастотный. У больных с сочетанной патологией (нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия) шум обычно был флуктуирующим и усиливался при эмоциональном напряжении, переживаниях, стрессовых ситуациях и др. По-видимому, у этих больных подсознательное генерирование отрицательных эмоций вовлекает лимбическую (эмоции) и симпатическую нервные системы в состояние постоянной тревоги. При этом мозг усиливает степень громкости ушного шума и делает его важным, как реальное или потенциальное повреждение организма.

В зависимости от переносимости шума больные были распределены на четыре группы. Первую группу составили 6 лиц, у которых шум не отражался на общем состоянии; вторую группу – 11 человек с шумом, который раздражает в тишине, ночью, нарушает сон; третью группу – 12 человек, которые отмечали, что шум беспокоит постоянно, нарушает сон и настроение, мешает сосредоточиться на работе; четвертую группу – 5 больных с невыносимым шумом, лишающим сна, изнуряющим и снижающим трудоспособность.

В зависимости от выявленной у пациентов патологии, всем больным проводили комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на санацию ЛОР органов с восстановлением функции слуховых труб, медикаментозную терапию для улучшения функционирования периферических и центральных отделов слухового анализатора, психотерапевтическое воздействие на больного по психофизиологической методике, разработанной проф. В.М. Рахмановым, для восстановления и нормализации высшей нервной деятельности, ликвидации психотических и непсихотических расстройств, симптомов астено-субдепресивных, тревожно-вегетативных и обсесивно-фобичных расстройств. Методика включала: индивидуальные и коллективные формы психотерапевтического воздействия з выполнением заданий по развитию слуховой функции в условиях бодрствования и искусственного суггестивного сна путем вербальных и невербальных влияний; воздействие на биологические активные зоны; ауто- и гетерогенный тренинг в условиях дозированного исключения зрительного восприятия и ситуационных акустических загрузок и др.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий нормализация психологического статуса больных и стойкое уменьшение интенсивности шума отмечено во всех случаях, причем в 70,6% случаев шумы исчезли или их интенсивность не вызывала у больных дискомфорта.

Таким образом, полученные авторами результаты свидетельствуют, что для оптимизации реабилитации больных с ушным шумом необходимо проводить комплексное лечение и широким использованием психофизиологических методик.

© *В.М. Рахманов, Д.И. Клименко, Р.В. Рахманов, 2011*

В.М. РАХМАНОВ, Д.И. КЛИМЕНКО, Р.В. РАХМАНОВ
(ДНЕПРОПЕТРОВСК, УКРАИНА)

АЛГОРИТМ СЛУХО-РЕЧЕВОГО ТРЕНИНГА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

При разнообразии причин, вызывающих Целью настоящей работы явилась разработка алгоритма слухо-речевого тренинга для повышения эффективности психосоциальной реабилитации детей с сенсоневральной тугоухостью и ранней интеграции их в обществе.

Под нашим наблюдением находилось 126 детей в возрасте от 2,5 до 14 лет, которые были направлены в клинику с диагнозом сенсоневральная тугоухость III-IV степени или глухота (пороги восприятия звуков выше 90 дБ), значительное отставание в развитии речевой функции. По месту жительства детей у 18 (14,3%) человек определена умственная отсталость, у 8 (6,3%) – дебильность.

В процессе обследования установлено, что 93 (73,8%) ребенка не владели речью, общались с окружающими отдельными малодифференцированными звуками, 14 (11,1%) – произносили более дифференцированные звуки и отдельные слоги, 19 (15,1%) – использовали дифференцированные звуки, слоги, отдельные слова, однако речь была невнятной.

Всем детям были разработаны индивидуальные программы психологической и слухоречевой реабилитации. Реализация программы

осуществлялась с участием сурдолога, психиатра, психолога, дефектолога.

На фоне психотерапевтической реабилитации ежедневно с детьми проводился слухо-речевой тренинг по разработанной в клинике методике с подачей пациенту формализованных звуковых и речевых стимулов с проведением регистрации их восприятия и определением остроты слуха.

Алгоритм слухо-речевого тренинга ребенка включал следующие этапы занятий по совершенствованию восприятия и воспроизведения звуков и речи: 1) адаптация к формализованным звукам (гудок, свисток, музыкальные звуки, звонок, звучание камертонов); 2) адаптация к простым речевым стимулам (гласные и согласные буквы, отдельные слоги); 3) адаптация по восприятию и воспроизведению отдельных слов (слова бытового назначения); 4) слухо-речевой тренинг по восприятию и воспроизведению коротких предложений из двух-трех известных ребенку слов; 5) слухо-речевой тренинг по восприятию и воспроизведению широкого спектра слов и усложненных предложений.

Наблюдения показали, что к концу первого курса психо-физиологической реабилитации (24-31 день) на фоне улучшения психологического состояния пациентов 102 (81%) человека четко реагировали на формализованные звуки и их различали; 14 (11%) – нуждались в подаче дополнительных стимулов для реагирования и лишь у 10 (8%) детей – адаптация к звукам была крайне низкой. Кроме того, в 48 (41%) пациентов наблюдалась хорошая адаптация к простым речевым стимулам с улучшением остроты слуха на 0,5-1,0 м. Отмечено понижение порогов восприятия звуков на 10-15 дБ в зоне речевых частот. После выписки из клиники все пациенты продолжали тренинг с родителями по месту жительства с предложенным перечнем звуковых и речевых стимулов.

Динамические наблюдения детей в течение трех лет показали, что в результате проведенных курсов реабилитации (от 4 до 6 курсов) улучшение и нормализация психологического статуса имело место у 119 (94%) пациентов и только у 7 (6%) – наблюдались отдельные признаки гипервозбудимости. За время наблюдения во всех больных повысилась острота слуха и понизились пороги восприятия звуков в среднем на 25-45 дБ в зоне речевых частот. Все дети освоили первые три этапа адаптации к звуковым и речевым стимулам, кроме того, 60 (48%) детей активно осваивали этап восприятия и воспроизведения коротких предложений, а 19 (15%) – достигли заключительного этапа по освоению и воспроизведению речи.

Выводы. Предложенный алгоритм слухо-речевого тренинга в системе психо-физиологической реабилитации детей с сенсоневральной тугоухостью позволяет значительно оптимизировать ее эффективность и расширить возможности ребенка для социальной адаптации и интеграции в обществе.

© *В.М. Рахманов, Д.И. Клименко, Р.В. Рахманов, 2011*

Д.Д. РЕДЬКО, И.Д. ШЛЯГА, И.А. НОВИКОВА, А.В. ГОМОЛЯКО (ГОМЕЛЬ, БЕЛАРУСЬ)

ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГРИБКОВЫМ И ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНЫМ СИНУСИТОМ

На протяжении последних десятилетий наблюдается рост заболеваемости синуситами грибковой этиологии (Кунельская В.Я., 2001; Заболотный Д.И., и соавт., 2002). Грибковые поражения носа и околоносовых пазух (ОНП) стоят на втором месте среди всех микозов верхних дыхательных путей (Крюков А.И. и соавт., 2004). Между тем, хорошо известно, что условно патогенная микробиота, к которой относятся возбудители синуситов Aspergillus spp. и Candida spp., не может стать патогенной при нормальном состоянии иммунитета. Весьма актуальным представляется нам изучение показателей общего иммунитета пациентов с хроническим синуситом грибковой и грибково-бактериальной этиологии.

Материал и методы. В исследование включены 92 пациента с различными клиническими формами хронического синусита грибковой и грибково-бактериальной этиологии. Иммунологическое обследование включало консультацию врача-иммунолога, определение субпопуляций лимфоцитов методом иммунофенотипирования, определение уровня иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови, фагоцитарной активности нейтрофилов. Нормальные значения иммунограммы установлены по данным обследования контрольной группы, состоявшей из здоровых добровольцев (n=40).

Результаты и обсуждение. Хроническая неинвазивная форма грибкового синусита (мицетома ОНП) диагностирована у 41% пациен-

тов, хроническая инвазивная форма грибкового синусита – 13%, аллергический грибковый риносинусит – 6% наблюдениях, грибково-бактериальный синусит – 40%. При оценке результатов иммунограмм изменения лабораторных показателей отмечены всего у 45% пациентов. При этом выявлены некоторые закономерности: минимальное число нарушений иммунитета – в группе пациентов с мицетомой ОНП – 8%; значительно большая часть пациентов при инвазивном грибковом синусите – 68% ($p<0,05$), грибково-бактериальном синусите – 76% ($p<0,05$). Так, при изучении показателей клеточного иммунитета у пациентов с инвазивной формой синусита отмечено уменьшение относительного количества Т-лимфоцитов (CD3+) в 1,3 раза ($p< 0,01$), Т-хелперов (CD4+) в 1,4 раза ($p<0,05$), иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+) в 1,5 раза ($p<0,05$). В целом, у 73% пациентов с грибково-бактериальной формой хронического синусита выявлено снижение общего количества Т-лимфоцитов, за счет Т-хелперов и уменьшение соотношения CD4+/CD8+. Снижение фагоцитарного индекса имело место в 65% случаев. Сочетанное угнетение Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности в группе пациентов с инвазивной формой синусита отмечалось в 70% случаев, а при мицетомах ОНП – только у 6,6%. При оценке содержания иммуноглобулинов нарушения выявлены только в группе грибково-бактериальных синуситов (значимое снижение уровня IgM в 1,5 раза). При аллергическом грибковом риносинусите – обращает внимание эозинофилия в крови (11 и 15%), увеличение ЦИК и IgG, что можно объяснить общей аллергической настроенностью организма (диагностирована триада Видаля).

Выводы. Более глубокие и частые изменения со стороны показателей клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности были выявлены преимущественно у пациентов с инвазивной формой синусита, грибково-бактериальными ассоциациями ($p<0,05$), что диктует необходимость иммунологического обследования данной категории пациентов и назначения иммуностимуляторов (полиоксидония). При хронической неинвазивной форме (мицетоме ОНП) грибкового синусита иммунологическое обследование не показано, т.к. доля пациентов с нарушениями показателей иммунитета не превышает 8%.

© *Д.Д. Редько, И.Д. Шляга, И.А. Новикова, А.В. Гомоляко, 2011*

А.І. РОЗКЛАДКА, І.А. БЄЛЯКОВА, Т.П. ЛОЗА, В.І. ЛУЦЕНКО, Л.М. ВАКУЛЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)

ПОКАЗНИКИ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ У ХВОРИХ З ХВОРОБОЮ МЕНЬЄРА

В ряді наукових досліджень показано, що досить частою причиною вестибулярних дисфункцій є судинна патологія. В зв'язку з цим виникла необхідність провести реографічне дослідження судин головного мозку для виявлення змін мозкового кровообігу при хворобі Мєньєра.

Мета роботи полягала у виявленні змін стану судинної системи головного мозку у хворих з хворобою Меньєра.

Стан мозкового кровообігу досліджували методом РЕГ за допомогою вітчизняної приставки 4РГ-2М та 8-канального ЕЕG «Біоскрипт» (Угорщина) за загальноприйнятою методико. Реєстрували РЕГ у двох стандартних відведеннях: фронто-мастоїдальному (Ф-М) та окципіто-мастоїдальному (О-М).

Було обстежено 30 хворих з хворобою Меньєра, серед яких було 15 чоловіків та 15 жінок віком від 26 до 62 років. Ці хворі були розподілені на 3 групи. Першу групу склали 9 хворих, з давністю захворювання від 3 до 7 років, з вираженими незначними судинними змінами. В другу групу увійшли 12 хворих , з давністю захворювання від 3 до 7 років, з судинними змінами середньої тяжкості. В третю групу було включено 9 хворих з давністю захворювання від 3 років до 15 років, з виразними судинними змінами.

В залежності від характеру цих порушень у хворих 1 групи відмічалось пониження тонусу судин головного мозку з затрудненням венозного відтоку. При оцінці фонових РЕГ-кривих у пацієнтів 1 групи, спостерігалась загострена вершина РЕГ-кривої, трохи коротша довготриваліть анакротичної фази, зміщення дикротичного зубця до основи кривої РЕГ. Зменшення показників ДКІ та ДСІ. Виявлені зміни в двох стандартних відведеннях, свідчать про нестабільність судинного тонусу з переважною схильністю до зниження, а також про ознаки венозних порушень (венозного відтоку та венозного застою в вертебробазилярному басейні, більш виразне на стороні ураженого вестибулярного аналізатора). Пульсове крово-

наповнення знижувалось, особливо в вертебробазилярній системі. Відносно мала виразність судинних змін та відсутність асиметрії вказує на збереження компенсаторних механізмів у даної групи пацієнтів.

У хворих 2 групи на РЕГ-кривих вершина реографічної кривої була товста, збільшена довгота анакротичної фази, знижена амплітуда реографічної хвилі. Дикротичний зубець зміщений до вершини кривої. Відмічалося підвищення судинного тонусу на фоні зниження кровонаповнення, а також утруднення венозного відтоку. Поява міжпівкульової асиметрії дозволяла латеризувати сторону ураження. Визначалось значне зниження пульсового кровонаповнення .

У пацієнтів 3 групи характер РЕГ-кривих засвідчував про лабільність судинного тонусу. Візуально на РЕГ були зареєстровані біль значні зміни – зменшення амплітуди РЕГ хвилі, кута нахилу висхідної частини та розгладження допоміжних хвиль. У них виявлено стабільне зміщення дикротичного зубця вгору до вершини, випуклість катакротичної фази та наявність венозних порушень, про що свідчать показники ДКІ та ДСІ.

У хворих цієї групи зміни мозкового кровообігу реєструвались у вигляді дистонічних порушень за гіпертонічним типом. Виявлено також зниження амплітуди величини пульсуючого кровотоку РЕГ-кривих. Ці данні свідчать про низьке кровонаповнення, зниження тонусу судин головного мозку та виразний венозний застій в вертебробазилярному басейні.

При довготривалому перебігу хвороби Меньєра на РЕГ-кривій спостерігалась виразна асиметрія, спазм церебральних судин, спад рівня кровонаповнення. Візуально на РЕГ – зменшення амплітуди РЕГ хвилі, кута нахилу висхідної частини та розгладження допоміжних хвиль.

Таким чином, незважаючи на сталу традицію розглядати хворобу Меньєра лише з отоларингологічних позицій, поточний аналіз клінічної картини свідчить про наявність у хворих з хворобою Меньєра церебральних ангіоневрологічних відхилень, навіть в міжприступний період.

При хворобі Меньєра у всіх випадках має місце порушення мозкового кровообігу, яке проявляється основними змінами тонусу судин головного мозку – зниженим, підвищеним та лабільністю. Відмічається, залежність між станом внутрішньо-мозкового кровообігу, характером вестибулярних порушень та давністю захворювання. Все це вказує на те, що судинний фактор відіграє провідну роль у розвитку вестибулярної дисфункції при хворобі Меньєра.

Дані реографії необхідно враховувати при постановці діагнозу, розробці схем лікування, вибору індивідуальної схеми лікування, динамічного спостереження за станом хворого в процесі лікування та після нього.

© *Д.Д. Редько, И.Д. Шляга, И.А. Новикова, А.В. Гомоляко, 2011*

А.І. РОЗКЛАДКА, І.А. БЄЛЯКОВА, В.І. ЛУЦЕНКО, Т.П. ЛОЗА, Л.М. ВАКУЛЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)

СТАН СЛУХОВОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ МЕНЬЄРА ЗА ДАНИМИ СУБ'ЄКТИВНОЇ АУДІОМЕТРІЇ

Згідно даних літератури та наших власних спостережень не викликає сумніву той факт, що на виникнення та розвиток порушень вестибулярної функції впливає багато факторів. Однією з причин виникнення вестибулярної дисфункції є хвороба Меньєра. Це захворювання тяжко переноситься хворими, а інколи призводять до довготривалої втрати працездатності.

В зв'язку з цим виникла необхідність провести розширений комплекс дослідження стану слухового аналізатора для проведення ранньої диференціально-топічної діагностики хвороби Меньєра.

Визначення гостроти слуху, ступеня і характеру його порушень здійснювали в звукопоглинаючій камері за допомогою акуметрії, а також комплексу тональних і мовних аудіометричних тестів за традиційною методикою.

Для діагностики хвороби Меньєра застосовували гліцериновий тест, при якому хворому пропонували випити суміш гліцерину з розрахунку 1,5 г на 1 кг ваги навпіл з кислим соком. Аудіометричне обстеження проводили двічі: до та через 2 години після прийому гліцерину. Гліцериновий тест вважали позитивним, якщо відмічалося зниження порогів сприйняття тонів на 5 дБ по всій тон-шкалі або на 10 дБ і більше на 3 частотах.

Нами було обстежено 30 хворих з хворобою Меньєра, з них 15 жінок та 15 чоловіків. Вік хворих коливався від 26 до 62 років, давність захворювання становила від 3 місяців до

15 років. Всі хворі скаржились на однобічне зниження слуху, періодичний або постійний шум у вусі, приступи запаморочення з нудотою та блювотою. Частота приступів коливалась від 3-4 разів на тиждень до 2-4 разів на рік. Тривалість приступів була від декількох хвилин до 1-2 днів.

За даними аудіометричного обстеження у хворих було виявлено однобічне ураження слуху, причому правобічне складало 33,3 %, лівобічне 66,7%.

При первинному аудіометричному обстеженні були виявлені наступні ступені втрати слуху: I ступінь втрати слуху відмічалася у 9 хворих (30 %), II – у 12 пацієнтів (40 %), III – у 9 осіб (30 %).

Слід також зазначити, що давність захворювання у пацієнтів з хворобою Меньєра при I ступені втрати слуху становила від 4 місяців до 3 років, при II – від 3 до 7 років, при III – від 3 до 15 років.

Встановлено, що криві порогів чутливості мали переважно горизонтальний характер у 21 хворого, горизонтально-нисхідний у 3 пацієнтів та горизонтально-висхідний у 6 осіб.

У всіх обстежених хворих був зареєстрований кістково-повітряний інтервал від 5 до 45 дБ в зоні частот 125-1000 Гц, причому, кістково-повітряний інтервал не залежив від ступеня втрати слуху. У 12 хворих (у 9 з I ступенем втрати слуху та у 3 з II ступенем) досягалась 100% розбірливість мови (РМ). У решти 18 хворих (у 9 з II ступенем та у 9 з III) відмічалося порушення розбірливості мови у вигляді парадоксального падіння розбірливості мови. 100% розбірливість мови не досягалась.

У 6 з 18 хворих (із них у 2 з II та у 4 з III ступенем втрати слуху) при рівні звукового тиску (РЗТ) 30 дБ над порогом слуху досягалась розбірливість мови від 80 до 90%. Зі збільшенням РЗТ РМ не змінювалась. У 7 з II ступенем втрати слуху при РЗТ 30 дБ над порогом слуху досягалась РМ від 40 до 65%, а у 5 з III – РМ становила від 10 до 40%. Зі збільшенням РЗТ РМ була від 30 до 50% і від 10 до 25% відповідно. Таким чином зі збільшенням РЗТ у хворих з II ступенем втрати слуху РМ погіршувалась на 7,5%, з III ступенем на 6,0%.

Через 2 години після прийому гліцерина проводили повторне дослідження стану слухової функції. У всіх 30 обстежених хворих відмічали зміни порогів тонального слуху.

Слід відмітити, що найбільше зниження порогів сприйняття тонів після прийому глицерину відмічалося у хворих при II ступені втрати слуху, що проявлялося зменшенням середніх показників кістково-повітряного інтервалу на (14,2±3,9) дБ. Найменше зниження порогів сприйняття тонів було зареєстроване при I ступені втрати слуху на (5,0±4,2) дБ.

РМ покращилась тільки у 19 пацієнтів, причому у 14 з них на 10%, у 2 – на 20% і у 3 на 50%. У 11 – РМ після прийому гліцерина не змінювалась.

Слід відмітити, що покращення РМ було більш вираженим у хворих з III ступенем втрати слуху (від 20 до 50%), ніж у осіб з II ступенем втрати слуху (від 10 до 20%).

Таким чином, на основі вищенаведеного можна зробити наступні висновки.

При хворобі Меньєра були виявлені 3 ступені втрати слуху, в основному переважав II ступінь.

Зниження порогів сприйняття тонів після прийому гліцерину відмічалося у всіх хворих (найбільш виразне воно було у хворих з II ступенем втрати слуху), однак відсоток РМ збільшувався тільки у – 63,3%, причому самий більший відсоток спостерігався у хворих з III ступенем втрати слуху.

© *А.І. Розкладка, І.А. Бєлякова, В.І. Луценко, Т.П. Лоза, Л.М. Вакуленко, 2011*

А.И. РОЗКЛАДКА, А.С. ЖУРАВЛЕВ, Е.В. ДЕМИНА (КИЕВ, ХАРЬКОВ; УКРАИНА)

О ВЛИЯНИИ АМПЛИТУДНО-ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РАЗЛИЧНЫХ НАУШНИКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ПЛЕЕРАХ, НА СЛУХОВУЮ ФУНКЦИЮ

Развитие современных технологий позволяет внедрить в повседневную жизнь различные устройства для прослушивания музыки. Это, прежде всего, СД и МР3-плееры, магнитофоны, игровые приставки, мобильные телефоны и др., которые очень популярны, особенно среди подростков и молодежи. Музыка, исходящая из плеера передается к органу слуха через, так называемую, гарнитуру (наушники). Существует огромное разнообразие моделей наушников. В частности, по стилю ношения различают открытые наушники, закрытые и наушники-вкладыши. Все они имеют свои достоинства и недостатки и являются важным звеном в передаче музыкальных звуков и донесении их к органу слуха. Выбор

тех, или иных видов наушников обусловлен прежде всего личными предпочтениями меломанов, их материальными возможностями. Однако, как известно из литературных данных, различные типы наушников неодинаково передают музыкальную информацию к слуховому анализатору. Это связано с особенностями их конструкции и качеством материалов, из которых они изготовлены.

Для определения спектрального анализа прослушиваемой мелодии с помощью плеера нами была исследована амплитудно-частотная характеристика (АЧХ) наушников разных типов: наушники открытого типа, наушники закрытого типа SHIKE Stereo Headphone CD 600, наушники-вкладыши, входящие в комплект плеера TELEFUNKEN N 126 TEL8350. Для сравнения были использованы наушники от аудиометра МА-31.

Наушники были соединены с искусственным ухом. На вход наушников от генератора синусоидальных сигналов (плеера) были установлены одинаковые базовые напряжения. При этом уровень звукового давления на мембране микрофона искусственного уха составлял 101,4 дБ (т. е. максимальная громкость плеера). В процессе определения АЧХ частота сигнала изменялась синхронно с перемещением ленты, при этом напряжение на входе наушника оставалось неизменным.

В результате проведенного исследования установлено, что наушники открытого типа имеют наихудшую АЧХ среди четырех образцов. Они имеют «завал» в области низких частот, отклонения АЧХ в средней полосе частот превышают 10 дБ, в области высоких частот АЧХ различна для правого и левого наушников, а неравномерность превышает 30 дБ.

Наушники закрытого типа SHIKE Stereo Headphone CD 600 имеют небольшие отклонения АЧХ в области низких и средних частот до 10 дБ, в области высоких частот имеется «провал», неравномерность достигает 30 дБ.

Наушники-вкладыши, входящие в комплект плеера TELEFUNKEN N 126 TEL8350 имеют «завал» в области низких частот, в области высоких частот имеется «провал», неравномерность превышает 30 дБ, правый и левый наушники имеют идентичные характеристики. Эти и предыдущие наушники обладают средними характеристиками.

Профессиональные наушники от аудиометра МА-31 имеют малые отклонения АЧХ в области низких и средних частот до 5 дБ, а также в области высоких частот неравномерность около 10 дБ. Они имеют наилучшую АЧХ.

Таким образом, из четырех исследуемых наушников наихудшими характеристиками обладают наушники открытого типа. Они имеют неравномерную АЧХ, что искажает спектральный состав мелодии или речи, ухудшая ее разборчивость, что непременно вынуждает слушателя увеличивать громкость музыки, тем самым, увеличивая звуковую нагрузку на слуховой анализатор. Наилучшие характеристики имеют профессиональные наушники от аудиометра МА-31. Они передают музыку без каких-либо значительных искажений. Поэтому, при выборе наушников целесообразно обращать внимание на марку производителя, материал, из которого они изготовлены, а также их конструкцию и АЧХ.

© *А.И. Розкладка, А.С. Журавлев, Е.В. Демина, 2011*

А.І. РОЗКЛАДКА, В.І. ЛУЦЕНКО, І.А. БЄЛЯКОВА, Т.П. ЛОЗА, Л.М. ВАКУЛЕНКО
(КИЇВ, УКРАЇНА)

СТАН ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ МЕНЬЄРА

Удосконалення діагностики хвороби Меньєра і схожих з нею захворювань залишається актуальною проблемою клінічної вестибулології. Захворювання пов'язують з судинними і вегетативними розладами, алергічними станами, ендокринними порушеннями, остеохондрозом шийного відділу хребта, патологією середнього вуха, слухової труби. Переважна більшість вчених вважає основою патогенезу хвороби Меньєра наявність внутрішньо-лабіринтного гідропса, який може виникати з багатьох причин. Саме розвиток таких гідродинамічних порушень приводить до розвитку характерних клінічних симптомів даної патології.

Метою роботи було удосконалення диференціально-топічної діагностики вестибулярних розладів у пацієнтів з хворобою Меньєра.

Для визначення наявності чи відсутності ендолімфатичного гідропсу застосовували гліцериновий тест, при якому хворий випивав гліцерин з розрахунку 1,5 г на 1 кг маси тіла

навпіл з кислим соком. Вестибулометричне обстеження проводили до та через 2 години після прийому гліцерину. Гліцериновий тест вважали позитивним, якщо параметри показників вестибулярних реакцій змінювалися на 25 і більше відсотків від вихідних даних.

Нами обстежено 30 пацієнтів з хворобою Меньєра, серед яких 15 чоловіків та 15 жінок віком від 26 до 62 років. Давність захворювання коливалась від 3 до 15 років. Контрольну групу склали 10 осіб, які не мали скарг з боку ЛОР органів.

Аналіз показників стан стато-кінетичної рівноваги дозволив встановити, що відхилення від норми параметрів флангової ходи (83,3% хворих) та «крокуючого» тесту (90% хворих) свідчить про значні порушення функції динамічної рівноваги. При цьому у 63,3% пацієнтів відхилення флангової ходи було в сторону хворого вуха, ротація при «крокуючому» тесті частіше визначалась в сторону здорового вуха (46,7% хворих), у 30% хворих «крокуючий» тест не мав чіткого вектору. Статична рівновага, яку характеризує індекс кефалографії, не була порушена у 36,7% пацієнтів,

I ст. – у 20%, II ст. – у 33,3%, III ст. – у 10%, тобто переважав середній ступінь порушення статичної рівноваги. Спонтанний та позиційний ністагм реєструвався у хворих в 90 % випадків, при цьому у 23,3 % він був направлений в сторону ураженого вуха, у 40 % - в сторону здорового вуха, а у 36,7% – в обидві боки. Отримані дані можуть опосередковано підтвердити асиметрію збудливості лабіринтів, про що свідчить гармонійне порушення координаторних проб.

За даними експериментального обстеження у першій та другій групах були пацієнти, у яких виявлявся стан норморефлексії або гіпорефлексії з боку ураженого вуха, в той час, як у третій групі хворих, частіше визначалась гіпорефлексія. Гіперрефлексія виявлялась по одному випадку у першій та другій групах, а дисоціація експериментальних реакцій була відповідно у 3 і 4 пацієнтів. Асиметрія збудливості лабіринтів визначалась у хворих всіх груп. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що, по-перше, у першій та другій групах переважають функціональні, або можливо, незначні морфологічні зміни чутливого нейроепітелію лабіринтів, по-друге, наявність дисоціації вегетативних реакцій вказує на участь центральних відділів вестибулярного аналізатора при хворобі Меньєра. В третій групі переважав стан гіпорефлексії лабіринтів, що може свідчити про більш глибокі дегенеративні зміни периферичного відділу вестибулярного аналізатора та залежність від давності захворювання.

В основну групу були включені пацієнти, у яких за даними аудіометрії був позитивний гліцериновий тест. Порівняння параметрів стато-кінетичної рівноваги показало, що гліцерин позитивно впливає на функціональний стан вестибулярного аналізатора. Так показники флангової ходи покращились на 26,6%, а «крокуючого» тесту – на 36,7%. Статична рівновага за даними кефалографії стала краще на 13,3%. Аналіз параметрів експериментального ністагму при обертальній пробі показав, що збудливість лабіринтів по групах змінювалась неоднозначно. Так у першій групі у 5 пацієнтів вона знижувалась, а у 4 – підвищувалась на боці ураженого лабіринту. В третій групі спостерігалась практично така ж закономірність: у 4 хворих збудливість знижувалась, а у 5 – підвищувалась. У другій же групі у 10 пацієнтів збудливість зменшилась після прийму гліцерину, а у 2 – збільшилась. Найбільш інформативними показниками були сумарна та середня амплітуда, швидкість повільної фази ністагму.

На основі отриманих даних можна зробити наступні висновки. У пацієнтів з хворобою Меньєра з боку ураженого вуха у 33,3% хворих визначалась норморефлексія, гіпорефлексія була виявлена у 60%, гіперрефлексія – 6,7% пацієнтів. В першій і другій групах спостерігалась дисоціація експериментальних реакцій у 23,3% випадках, коли реєструвались підвищені вегетативні реакції I –II ст. За даними проб стато-кінетичної рівноваги, параметрів обертальної проби у трьох групах було виявлено асиметрію вестибулярних реакцій за рахунок змін з боку здорового лабіринта, що свідчить про наявність функціональних змін ретролабіринтних структур. І хоча у третини хворих визначалась норморефлексія ураженого лабіринта, можна допустити наявність вестибулярного рекруітмента, коли організм намагається зменшити асиметрію за рахунок центральних механізмів компенсації. В тих пацієнтів, де виявлена норморефлексія і гіперрефлексія ураженого лабіринта, дисоціація реакцій (перша та друга групи), існують зміни з боку здорового лабіринта, можна думати про поєднану патологію вестибулярного аналізатора з нестабільністю центральних компенсаторних механізмів. А у тих хворих, де визначалась гіпорефлексія ураженого лабіринта в усіх групах, особливо третьої, на нашу думку переважають дегенеративно-дистрофічні зміни і в завитку, і в лабіринті. При цьому центральні відділи вестибулярного аналізатора перебувають в стані компенсації, що опосередковано підтверджується станом нормо- або гіпорефлексії з боку здорового лабіринта.

Вестибулярна система як і слухова по різному реагують на дію гліцерину. За даними вестибулометрії гліцериновий тест був позитивним у 90% хворих, при цьому у 66,7% пацієнтів збудливість зменшувалась після гліцерину, а у 33,3% – підвищувалась.

Таким чином, комплексний підхід при обстеженні пацієнтів з підозрою на хворобу Меньєра дозволяє підвищити ефективність диференційної та топічної діагностики, що важливо для проведення відповідної терапії з урахуванням функціонального стану периферичного і центрального відділів вестибулярного аналізатора.

© *А.І. Розкладка, В.І. Луценко, І.А. Бєлякова, Т.П. Лоза, Л.М. Вакуленко, 2011*

А.П. РЫБАЛКО, И.А. УЛЬЯНОВ, Р.А ВОВЯКОВ
(МАКЕЕВКА, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ТОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Верхнечелюстной синусит (ВС) или гайморит – воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006). По данным различных эпидемиологических исследований, проведенных за последние 10 лет в более чем 30 странах, заболеваемость синуситами увеличилась в 2 раза, а удельный вес госпитализированных по этому поводу возрастает ежегодно на 1,5-2%. Поэтому в настоящее время лечение таких больных остается одной из самых актуальных проблем оториноларингологии. Наиболее часто наблюдаемая у ЛОР больных форма **ВС** является гнойная. Одним из традиционных способов терапии гнойных гайморитов в странах СНГ до настоящего времени является пункционный метод (А.С. Лопатин и соавт.,2006). Его основные принципы: эвакуация патологического отделяемого из синуса, дренирование синуса и местное (топическое) лечение воспалительного процесса, путем введения в пазуху различных лекарственных веществ (ЛВ). При всех своих достоинствах, основным из которых является непосредственное воздействие на очаг воспаления, способ имеет недостатки. Часто в повседневной практике синус промывается количеством жидкости недостаточным для очищения поверхности слизистой оболочки - необходимым условием для элиминации возбудителя и восстановления мукоцилиарного клиренса (МЦК). «Золотым стандартом» при первой пункции является посев полученного отделяемого с целью определения возбудителя и последующей адекватной этиотропной терапией, что невозможно в практическом здравоохранении из-за сроков лечения и нетрудоспособности пациента. Поэтому в просвет синуса вводятся ЛВ, влияющие на предполагаемого возбудителя. Различные дозировки антибиотиков, антисептиков, антигистаминных и стероидных препаратов, деконгестантов и местных анестетиков угнетают мукоцилиарный клиренс (Г.З. Пискунов, В.А. Клевцов, 1982).

Материалы и методы. В период 2009-2010 гг. на базе поликлиник ГКБ № 2 и ГКБ № 5 г. Макеевки мы наблюдали 2 группы пациентов с ВС. Острый ВС диагностирован у 72% больных и хронический у 28% соответственно. Все пациенты дали согласие на пункционный способ лечения. От установки дренажа в пазуху мы отказались, чтобы исключить фактор «инородного тела». Основная группа из 215 (%) человек получала лечение по общепринятым стандартам – антибактериальная терапия, антигистаминные средства, местные и топические декогестанты, секретолитики, НПВС. Пациентам этой группы выполнялись пункции гайморовы пазух (от 2 до 5 на курс) с последующим промыванием физиологическим раствором NaCl в количестве от 1500 до 2000 мл на одну пазуху однократно без последующего введения ЛВ. Контрольная группа из 226 (%) человек получала ту же терапию, за исключением того, что пазухи промывались растворами антисептиков (в среднем 200-400 мл) и в просвет синуса вводились водные растворы антибиотиков в виде официнальных форм для внутривенных инфузий.

Выводы. Приведенная выше схема лечения **МР** доступна в амбулаторной практике оториноларинголога, не требует госпитализации пациентов. Достаточная клиническая эффективность консервативной терапии **МР** позволяет использовать ее как альтернативу хирургическим способам лечения.

© *А.П. Рыбалко, И.А. Ульянов, Р.А Вовяков, 2011*

М.Б. САМБУР, Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, Л.Д. КРИВОХАТСЬКА, Т.Д. САВЧЕНКО, Ю.В. КІКОТЬ, О.Л. КОСТЮЧЕНКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

СТАН СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОРТАНІ

Не викликає сумніву важлива роль стану імунного захисту організму у розвитку та прогресуванні передракових захворювань верхніх дихальних шляхів. Критерії функціонування системи імунітету мають суттєве значення для оцінки стану захисних сил організму, прогнозу перебігу захворювання, адекватності та ефективності обраної терапії.

Зважаючи на ключову роль, яку відіграють інтерферони у вродженій та адоптивній імунній відповіді, в процесах патогенезу при інфекційних, пухлинних, аутоімунних та ін. захворюваннях метою роботи стало дослідження показників інтерферонового статусу у хворих на передракові захворювання (ПЗ) ВДШ.

Дослідження показників інтерферонового статусу проведені у 20 хворих із ПЗ ВДШ , серед яких було 10 хворих на хронічний гіперпластичний ларингіт та 10 пацієнтів з хронічним рецидивуючим папіломатозом гортані. Отримані дані співставляли з аналогічними показниками у практично здорових осіб контрольної групи. Стан системи інтерферону оцінювали, визначаючи рівні ендогенного сироваткового інтерферону та здатність клітин периферичної крові хворих до спонтанної та стимульованої продукції α- та γ-інтерферонів.

Одержані результати досліджень показали, що середні значення титрів ендогенного або сироваткового інтерферону в обох групах обстежених були вірогідно вищі, ніж аналогічні показники у донорів контрольної групи і мало відрізнялися між собою в групах хворих, що порівнювались Одночасно у хворих обох груп було виявлено вірогідне зниження продукції α- та γ-інтерферонів на тлі помітної стимуляції показників спонтанної продукції інтерферону клітинами крові обстежених, більшою мірою виражене у хворих на папіломатоз гортані.

Таким чином одержані результаті досліджень вказують на те, що у хворих на ПЗ гортані має місце дисбаланс в системі інтерферону, який позначився у збільшенні вмісту сироваткового інтерферону на тлі стимуляції спонтанної його продукції та пригніченні здатності лімфоїдних клітин крові до стимульованої продукції альфа- та гамма-інтерферонів, що може служити підставою для включення визначення цих показників до клініколабораторного алгоритму обстеження таких хворих на етапах діагностики, лікування та прогнозування подальшого перебігу передракових захворювань ВДШ.

© *М.Б. Самбур, Д.І. Заболотний, Л.Д. Кривохатська, Т.Д. Савченко, Ю.В. Кікоть, О.Л. Костюченко, 2011*

А.М. САНДУЛ, Н.С. БУРАКОВСКИЙ, А.М. ГАГАУЗ, Б.Н. КИРТОАКЭ, Т.Н. ХОДОНОАГЭ (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РИНОФИМОЙ

Ринофи́ма (греч. rhis, rhinos нос + phyma нарост), хроническое заболевание кожи носа, характеризующееся гипертрофией всех ее элементов, увеличением и обезображиванием носа. Наблюдается чаще у мужчин в возрасте 40-50 лет.

Этиологические моменты заболевания весьма разнообразны. Большинство клиницистов считают, что ринофима является третьей стадией красных угрей. Некоторые исследователи связывают заболевание с хроническим алкоголизмом, заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ и эндокринные расстройства. Для развития ринофимы также имеют значение неблагоприятные условия окружающей среды: запыленность и повышенная влажность воздуха, резкая смена температур, частые охлаждения.

Заболевание развивается медленно, в течение многих лет, но затем может быстро прогрессировать.

Различают фиброзно-ангиэктатическую и железистую (бугристую) формы ринофимы. При фиброзно-ангиэктатической форме нос в результате гипертрофии всех элементов кожи равномерно увеличивается в размерах, но не теряет своей конфигурации. В связи с тем, что гипертрофированная кожа носа богата сосуда-

ми, она приобретает ярко-красную окраску. При железистой форме в области верхушки и крыльев носа образуются три бугристых, сидящих на широком основании клубнеобразных узла, которые в дальнейшем сливаются. Узлы имеют мягкую консистенцию, блестящую сальную поверхность, большое количество расширенных сосудов и сальных желез. Достигая иногда огромных размеров, узлы свешиваются вниз, закрывают ноздри и затрудняют дыхание, прием пищи, обезображивая лицо. В отдельных случаях возможно вовлечение в процесс хрящей носа с их истончением или утолщением.

Лечение ринофимы оперативное, путем удаления скальпелем узловатых разрастаний на 1-2 мм от хрящей носа на всю толщину пораженной кожи. Как правило, оперативное удаление ринофимы и последующие перевязки сопровождаются сильными кровотечениями. В тех случаях, когда рана остается открытой, без использования кожного трансплантата на месте удаления доброкачественной опухоли образуются грубые рубцы, что вызывает необходимость проведения сложных ринопластических операций.

В ЛОР-клинике Республиканской Клинической Больницы города Кишинева за последние 7 лет проведено хирургическое лечение 15 больным с диагнозом ринофима. Операции проводились под местной и внутривенной анестезией с использованием гальванокаутера или CO2 и YAG-Nd лазера. Ринофиму удаляли в пределах здоровой ткани на 1-2 мм от поверхности хрящей носа с последующем наложением на рану на 7-8 дней пленки из гетерогенной брюшины крупного рогатого скота, которая подвергалась специальной обработке. Гетерогенная брюшина, использование которой была предложено в 60-х годах профессором М.Г. Загарских, представляет собой тонкую пластичную полупрозрачную биологическую ткань, которая легко поддается обработке, высушиванию с последующим насыщением необходимыми лекарственными препаратами, оказывая биологическое воздействие на раневую поверхность, стимулируя и ускоряя регенеративные процессы, предупреждая появления кровотечений в послеоперационном периоде и образования грубой рубцовой ткани.

Выводы:

1. Использование гетерогенной брюшины в послеоперационном периоде у больных с ринофимой предлагается как метод выбора среди других вариантов лечения с использованием мазей: левомеколь, солкосерил, чикатрикс, дерматикс, а также гемостатической губки SURGICEL и др.
2. Материал из гетерогенной брюшины оказывает биологическое воздействие на раневую поверхность, стимулируя и ускоряя регенеративные процессы способствуя быстрому заживлению раны носа.
3. Предлагаемый материал предупреждает появления повторных кровотечений и образования грубых рубцов в послеоперационном периоде.

© *А.М. Сандул, Н.С. Бураковский, А.М. Гагауз, Б.Н. Киртоакэ, Т.Н. Ходоноагэ, 2011*

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, И.Е. БЕРЕСТ (ДОНЕЦК, ЛУГАНСК; УКРАИНА)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ФАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОСОВОГО СЕКРЕТА В НОРМЕ И У БОЛЬНЫХ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

В последние годы отмечается тенденция к увеличению численности больных вазомоторным ринитом. Состав носового секрета рассматривается как индикатор всех физиологических и патологических процессов, протекающих в слизистой оболочке полости носа. Метод фационного исследования носового секрета относится к современным неинвазивным экспресс-методикам оценки состояния мукоцилиарной транспортной системы, позволяет усовершенствовать диагностику различных патологических состояний полости носа.

Целью нашего исследования являлось определение дифференциально-диагностических признаков фаций носового секрета, полученных методом клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., 2001), в норме и у больных вазомоторным ринитом.

Нами был проведен сравнительный анализ фаций носового секрета у 50 практически здоровых лиц и 50 больных вазомоторным ринитом. Была проведена качественная и количественная оценка фаций. Оценивались следующие параметры: общая площадь фации (S, мкм^2), относительные площади ее зон (Sp, Spr, Sc %), абсолютная (S kr, мкм2) и относительная (S kr %) площади центрального кристалла, длина кристалла (L, мкм), количество отростков 1-го по-

рядка, показатель разветвленности. Полученные результаты позволили разработать диагностические критерии фаций носового секрета в норме и у больных вазомоторным ринитом.

Таким образом, фационное исследование носового секрета является достаточно информативным, безопасным и перспективным методом диагностики заболеваний полости носа.

© *К.Г. Селезнев, И.Е. Берест, 2011*

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, С.А. ДОЛЖЕНКО, С.Н. СЕРДЮК, О.В. МАЛЕЕВ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСФОНИЙ

Проблема диагностики и лечения функциональных нарушений голоса до настоящего времени остается одной из наиболее сложных, актуальных и по-прежнему окончательно нерешенных в фониатрии. В последние годы сохраняется тенденция к повышению числа больных функциональными нарушениями голоса.

В нашей клинике было обследовано 40 лиц голосовой профессии, страдающих функциональными нарушениями голосового аппарата. Этиологическим фактором возникновения были разнообразные моменты: злоупотребление пением в высокой тесситуре во время менструального периода (11 человек) голосовая нагрузка при наличии катаров верхних дыхательных путей (21 человек), неправильная техника вокализации (8 певцов). При обследовании психосоматического статуса у 92% больных выявлено психогении предшествующие возникновению функциональной гипотонусной дисфонии. У 49% отмечался конфликт на работе, 39% – конфликтные отношения в семье, 11,5% – вновь выявленные заболевания у родственников и 0,5% – смерть близких.

Жалобы больных сводились к быстрой утомляемости голоса, тусклости отдельных звуков, изменение тембра голоса, сипоте при пении. При ларингоскопии форма голосовой щели была различной: виде вытянутого овала, линейной щели и треугольника в задней трети голосовых складок. Ларингостробоскопическое исследование больных позволило обнаружить асинхронное колебание голосовых складок. Быстрые, мелкоразмашистые, малоактивные, локализующиеся на всей поверхности складок. В беседе с больными обращали на себя внимание, сниженное настроение, истощаемость психических процессов, ангедония, не до конца осознаваемое отсутствие уверенности в завтрашнем дне. У 61% пациенток на первый план выступало слабодушие или эмоциональная лабильность, у 28% больных выявлена повышенная тревожность, у 11% апатия.

Описанные симптомы не позволили дифференцировать клинически очерченный депрессивный синдром, связывались больным с голосовой несостоятельностью и тем не менее определило направление терапии функциональной гипотонусной дисфонией. Для лечения больных, кроме синхронного вибрационного массажа гортани, речевой и вокальной фонопедии нами использовались психотропные препараты. У 46% больных – транквилизаторы, у 35% – антидепрессанты и у 19% седативные препараты.

В результате лечения голосовая функция нормализовалась в течение 7-8 дней.

Выводы: подавляющее число исследуемых заболело в связи с нарушение голосового режима на фоне самотоформных расстройств, требующих анксиолитической, антидепрессантной терапии.

© *К.Г. Селезнев, С.А. Долженко, С.Н. Сердюк, О.В. Малеев, 2011*

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, З.Т. КЛИМОВ, А.В. УТКИНА (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ФРОНТИТА

Проведение эндоназальных эндоскопических вмешательств в области лобно-носового соустья требует от ринохирурга высокой подготовленности и хорошей ориентации в анатомических структурах решетчатой кости (Т.А. Машкова, Н.М. Ивченко, Е.Е. Хожаева, 1998; З.Т.Климов,2001; О.Ф. Тышко, 2010).

Целью нашей работы являлась оптимизация эндоскопического хирургического лечения больных с воспалительными заболеваниями лобной пазухи в зависимости от анатомических вариантов, вызывающих эту патологию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 126 пациентов с хроническим гнойным фронтоэтмоидитом, фронтогаймороэтмоидитом. Мужчин было 65 (51,6%), женщин – 61 (48,9%). Возраст больных колебался от 14 до 69 лет.

У 56 (44,4%) пациентов была произведена эндоназальная эндоскопическая функциональная фронтотомия, при которой выполняли унцинатэктомию и расширяли лобно-носовое соустье преимущественно кпереди.

Два (1,6 %) пациента страдали двусторонним хроническим гнойным рецидивирующим фронтитом. В прошлом им была произведена двусторонняя наружная фронтотомия с формированием стомы и разрушением естественного лобно-носового соустья. Мы осуществили подход к обеим лобным пазухам через транссептальный доступ.

В 52 случаях (41,3%) операции выполняли с резекцией верхней трети крючковидного отростка по нашей методике (З.Т. Климов, 2001).

В 16 (12,7%) случаях произведено расширение лобно-носового соустья с последующей пластикой крючковидного отростка по оригинальной методике (З.Т. Климов, 2001).

Полученные результаты и их обсуждение. Удаление крючковидного отростка было обосновано у 56 пациентов его высокой пневматизацией, полипозными изменениями слизистой оболочки, ателектазом решетчатой воронки и пр.

Выполнение эндоскопической фронтотомии после радикальных операций на лобных пазухах в 2 случаях оказалось бы неэффективным. О 7 подобных ситуациях сообщили W. Draf, (1991); W.Draf, R.Weber, R.Keerl, (1995), они назвали эти вмешательства срединным дренажом лобных пазух. О 5 операциях сообщал В.С. Козлов (1997), который назвал их транссептальной фронтотомией. Созданное нами транссептальным доступом соустье одинаково хорошо выполняло дренажную и аэрационную функцию обеих лобных пазух.

В 52 случаях блокирование лобной воронки было вызвано гиперпневматизацией верхних отделов крючковидного отростка – его турбинальной и этмоидальной ножек. Данные анатомические варианты сами по себе могут предрасполагать к возникновению или рецидивированию фронтита.

Блокирование лобно-носового соустья у 16 больных было обусловлено наличием патологии в этмоидальной воронке. Крючковидный отросток в этих случаях мы сохраняли полностью.

Сроки наблюдения от 1 года до 6 лет. Рецидивирование процесса отмечено только у 6 (4,8%) пациентов.

Пребывания больных в стационаре сократилось в среднем на 3-4 дня.

Функциональные показатели в послеоперационном периоде (транспортная, дыхательная, обонятельная функции) приближались к физиологической норме через 4-6 недель.

Выводы. Применение функциональных операций позволяет сократить пребывание больного в стационаре, снизить сроки временной нетрудоспособности и восстановить физиологические функции оперируемого синуса. Показания к удалению крючковидного отростка решетчатой кости должны быть четко сформулированы и обоснованы в каждом отдельном случае.

© *К.Г. Селезнев, З.Т. Климов, А.В. Уткина, 2011*

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, М. МАКНИ, О.С. ОКУНЬ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ФАЦИЙ НОСОВОГО СЕКРЕТА У БОЛЬНЫХ СЕЗОННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Организм человека состоит из взаимодополняющих структур: устойчивых (клеток) и высокодинамичных (биологических жидкостей). Поступление питательных веществ и выброс продуктов жизнедеятельности клеток осуществляется путем обмена внутри- и внеклеточных жидкостей. То есть, биожидкости играют важную роль в жизнедеятельности организма, выполняя управленческую и исполнительную функции, и несут в себе информацию о состоянии внутренней среды. Самые незначительные изменения в состоянии организма моментально проявляются изменением структурной упорядоченности биожидкостей. Это позволяет объективно оценивать динамику заболевания и осуществлять оперативную коррекцию терапевтических программ.

Морфологическое изучение биологических жидкостей человека представляет принципиально новое направление исследований в медицине вообще и в ринологии в частности. Для того, чтобы носовой секрет был доступен морфологическому исследованию, его, как любую биожидкость, необходимо перевести в твердую фазу. Последнее достигается с помощью метода клиновидной дегидратации, который представляет в настоящее время основной способ исследования самоорганизации биологических жидкостей.

Пленка, полученная специальным способом высушивания по этому методу, фиксирует морфотип определенной биожидкости и называется фацией.

Целью проведенного исследования было изучение характеристик фаций носового секрета у больных сезонным аллергическим ринитом (САР).

Объектом исследования послужили 105 пациентов, получавших лечение в период обострения заболевания в клинике ЛОР-заболеваний ДонГМУ.

Забор материала осуществлялся по методике, предложенной Берест И.Е. и соавт. (2010), исследование проводили по методу Шабалина В.Н., Шатохиной С.Н. (2001).

В фациях носового секрета больных САР, как и у здоровых, отмечается заметное разделение пленки на центральную (занимает большую часть фации) и периферическую зоны.

Радиальные трещины и аркады периферических отделов теряют свою направленность, отклоняются под разным углом и принимают расположение, близкое к циркулярному. При этом симметричность аркад (размеры, правильность сектора окружности, ровность линии контура) заметно искажается, а трещины принимают хаотичное расположение, зачастую пересекаются, образуя картину скопления неправильных многоугольников разных размеров. В ряде исследований в периферической зоне располагались мелкие патологические включения в виде точечных кристаллов. Но в целом периферической зоне, как и в норме, локализуются мелкодисперсные, аморфные белковые структуры.

Особенно наглядны изменения, выявленные в центральных зонах фаций больных САР. Максимальные изменения претерпевают прямолинейные структуры, характерные для фаций нормального носового секрета. Оси крестовидных образований укорачиваются в 1,5-2 раза и искривляются, обнаруживая тенденцию к формированию окружностей и спиралей. При этом количество осевых стержней многократно (до 12) увеличивается, а количество ветвлений 3-4 порядка уменьшается или исчезает полностью. В результате крестообразные и «папоротниковидные» кристаллы, формирующие картину нормальной фации, сменяются разнокалиберными пятнистыми сегментами в неправильной формы, окруженными фестончатой линией границы и содержащими кристаллы в виде «снежинки». В большинстве препаратов вблизи центра этих деформированных структур наблюдались точечные патологические включения белков.

Таким образом, фации носового секрета больных САР, полученные методом клиновидной дегидратации, имеют специфические характеристики морфотипа, отражающие патологические изменения в слизистой оболочке полости носа.

© *К.Г. Селезнев, М. Макни, О.С. Окунь, 2011*

К.Г. СЕЛЕЗНЕВ, С.Н. СЕРДЮК, С.А. ДОЛЖЕНКО, П.В. АНДРЕЕВ, Е.Я. КУЗЬМЕНКО
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НАРУЖНЫХ ОТИТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Некротический или «злокачественный» отит впервые был описан P.E. Meltzer и G. Kelemen в 1959 г. Заболевание встречается почти исключительно у больных сахарным диабетом. В подавляющем большинстве случаев (до 86-90%) злокачественный наружный отит поражает больных пожилого и старческого возраста. Это заболевание распространяется через сосудистые и мягкотканевые поверхности и проникает до структур основания черепа. На последних стадиях заболевания могут наблюдаться различные варианты нейропатий черепномозговых нервов и септические тромбоэмболические осложнения.

Основными принципами ведения больных со злокачественным наружным отитом являются ранняя диагностика, последующая пролонгированная антибиотикотерапия и ограниченное хирургическое лечение. Традиционно на первом месте в лечении данного заболевания стоит длительное внутривенное введение фторхинолонов.

В клинике болезней уха, горла и носа ДонНМУ им. М. Горького с 2008 по 2011 годы пролечено 37 больных со злокачественным наружным отитом на фоне сахарного диабета. 1-й контрольной группе, состоящей из 20 пациентов проводилась стандартная схема лечения (антибактериальная терапия – чаще всего цефалоспорины IV генерации (цефепим) в/в 2 раза в сутки, промывание уха антисептиками, местно – капли «Полидекса», содержащие неомицина сульфат и полимиксина В сульфат в сочетании с дексаметазоном). Во 2-й исследуемой группе (17 больных) такое же лечение, но в\в введение антибиотиков было заменено на экстракорпоральное. Сеансы экстракорпорального введения проводили каждые 48 часов. Нами не было отмечено каких либо осложнений со стороны почек и печени у больных получавших экстракорпоральную антибиотикотерапию.

В ходе лечения длительность терапии в 1-й контрольной группе до купирования основных симптомов заболевания составляла около 25 дней. Во 2-й группе улучшение наступало через 2 недели (после 7 сеансов экстракорпоральной антибиотикотерапии). Средний срок пребывания сократился в среднем в 1,8 раза. Применение экстракорпоральной антибиотикотерапии не только сокращает сроки лечения, но и имеет фармакоэкономические преимущества, так как антибиотики используются в меньших дозах, а их фармакотерапевтический эффект значительно усиливается.

Учитывая полученные нами положительные результаты, можно рекомендовать экстракорпоральном введение антибиотиков, как метод выбора в лечении пациентов со злокачественными наружными отитами.

© *К.Г. Селезнев, С.Н. Сердюк, С.А. Долженко, П.В. Андреев, Е.Я. Кузьменко, 2011*

Х. СКАРЖИНЬСКІ, Р. БАРИЛЯК, П.Х. СКАРЖИНЬСКІ, М. МРУВКА. М. ПОРОВСКІ (ВАРШАВА/КАЄТАНИ, ПОЛЬЩА)

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ ІМПЛАНТІВ BAHA (BONE ANCHORED HEARING AIDS) У ПАЦІЄНТІВ З НАБУТИМИ І ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЛУХУ

Вступ: Одним з методів успішного лікування провідникової або змішаної приглухуватості у випадках двобічної мікротії з атрезією слухових ходів або пацієнтів з хронічним середнім отитом може бути імплантація апарату BAHA (Bone Anchored Hearing Aids)

Мета: Нашою метою була оцінка результатів імплантації апарату BAHA і порівняння їх з результатами інших приладів для слухопротезування з кістковою провідністю (слуховий апарат на пов"язці на голові, апарат в дужках окулярів).

Матеріали і методи: методом вибору лікування приглухуватості у представлених випадках вад вуха була імплантація титанового імпланту в скроневу кістку з одночаним видаленням підшкірного шару мяких тканин навколо імпланту. У дітей старшого віку і у дорослих операція проводилась одноетапно і в два етапи у малих дітей. Зовнішній апарат фіксувався через 3-4 місяці після досягнення повного загоєння і остеогенезу. Використовувались апарати BAHA DIVINO або INTENSO (раніше CLASSIC або COMPACT). Обстеження слуху проводилось 1 місяць і 6 місяців після початку використання зовнішнього апарату. Матеріал нашої праці склали 82 пацієнта віком від 3 до 67 років.

Результати: Аудіологічні тести виявили, що у пацієнтів з апаратами BAHA пороги у вільному полі в середньому нищі на 8,8 dB в порівнянні з попередніми слуховими апаратами. Наші пацієнти наголошували на краще розуміння мови, якість звуку і естетику BAHA.

Заключення: Використання BAHA у пацієнтів з вадами слуху внаслідок вроджених і набутих вад зовнішнього і середнього вуха дає добрий слуховий ефект і комфорт щоденного використання.

© *Х. Скаржиньскі, Р. Бариляк, П.Х. Скаржиньскі, М. Мрувка. М, Поровскі, 2011*

Х. СКАРЖИНЬСКІ, Р. БАРИЛЯК, М, ПОРОВСКІ П.Х. СКАРЖИНЬСКІ, М. МРУВКА
(ВАРШАВА/КАЄТАНИ, ПОЛЬЩА)

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІМПЛАНТІВ СЕРЕДНЬОГО ВУХА VIBRANT SOUNDBRIDGE

Протягом останніх років метод лікування приглухуватості за допомогою імпланти середнього вуха знайшов достатньо широке застосування. З розвитком хірургічної техніки, цей метод успішно використовується в лікуванні вад зовнішнього і середнього вуха, в тому числі і в дітей, а також хронічних захворюваннях, у випадках коли не можна використати інші методи хірургічної реконструкції або слухопротезування. Крім того, в деяких випадках імпланти середнього вуха становлять певну альтернативу використанню слухових апаратів.

Метою сьогоднішньої праці є оцінка результатів використання апарату Vibrat Soundbridge і показання нашої операційної техніки і напрямків розвитку в імплантації середнього вуха.

Представлена група пацієнтів у віці від 7 до 74 років після операцій імплантації середнього вуха. У всіх пацієнтів виконана операція – імплантація апарату Vibrat Soundbridge. Доступ проводився через задню тимпанотомію або яму сосковидного паростка у пацієнтів, в яких раніше виконана радикальна змодифікована операція. Представленні операційна техніка закріплення провідника FMT на слухових кісточках і в ніші круглого вікна.

В переважній більшості випадків користь з використання приладів цього типу є значна, але для успішних результатів необхідна відповідна передопераційна діагностика.

Проведено аналіз віддалених результатів.

© *Х. Скаржиньскі, Р. Бариляк, М, Поровскі П.Х. Скаржиньскі, М. Мрувка, 2011*

Х. СКАРЖИНЬСКІ, П.Х. СКАРЖИНЬСКІ, Р. БАРИЛЯК, М, ПОРОВСКІ,
М. МРУВКА. М. МАТУСЯК
(ВАРШАВА / КАЄТАНИ, ПОЛЬЩА)

РЕЗУЛЬТАТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ СЛУХУ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ РІНИХ ТИПІВ ІМПЛАНТІВ

Часткова глухота (Partial deafness – PD) це стан слуху з втратою хоч би на одній з частот, відповідальних за розбірливість мови. Сучасні принципи лікування часткової глухоти (partial deafness treatment – PDT) основані на збереженні рівня доопераційного слуху. За допомогою різних видів електричної і акустичної стимуляції можемо моделювати слухову реабілітацію. Можливі варіанти: тільки акустичне підсилення, слухові апарати або імпланти середнього вуха, елективне доповнення або комбінація електричної і акустичної стимуляції.

Матеріали і методи: З поміж 900 пацієнтів з PD ми відібрали 95 (63 дорослих, 32 дітей) з різними видами PD. Всі пацієнти були імплантовані з використанням різних видів електрод введених в барабанні сходи внутрішнього вуха через кругле вікно. Термін спостереження склав не менше 48 місяців.

Результати: Розширення показів до PDT створює можливості для пацієнтів з різними вадами слуху, які не вдається реабілітувати слуховими апаратами і не кваліфікуються до стандартної козлеарної імплантації. Наш досвід грунтується на результатах PDT, у 97.1% дорослих і в 100% дітей вдалось зберегти доопераційний слух. Це свідчить пр ефективність і безпечність методу. З другої сторони, ми приділяємо значну увагу розумінню мови в тиші (в середньому покращення з 30% до 83%) і в шумі (в середньому покращення з 5% до 62%).

Заключення: Для можливості порівняння результатів PDT в різних дослідженнях автори розробили класифікацію PDT Скаржиньського (Skarzynski PDT classification), яка дозволяє порівняти післяопераційні результати, в тому числі збереження слуху і рівень розуміння мови після лікування.

© *Х. Скаржиньскі, П.Х. Скаржиньскі, Р. Бариляк, М, Поровскі, М. Мрувка. М. Матусяк, 2011*

А.А. СКВИРСКАЯ, Н.В. ХОБОТОВА (ДНЕПРОПЕТРВОСК, УКРАИНА)

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Лечение больных хроническим полипозным риносинуситом остается одной из актуальных проблем современной ринологии, обусловливающей продолжение поиска более эффективных методов. Среди них в последние годы большое внимание уделяется использованию низкоэнергетического лазерного излучения.

Нами проведен сравнительный анализ эффективности различных методов лечения у 120 больных хроническим полипозным риносинуситом в возрасте от 17 до 63 лет. Клиническая картина характеризовалась выраженным полипозом носа с поражением одной или нескольких околоносовых пазух, стойким нарушением носового дыхания, расстройством обоняния. Полипотомия носа ранее производилась 46 больным.

В зависимости от применявшегося метода лечения все больные были разделены на 4 группы, по 30 пациентов в каждой. В первой группе больных лечебные мероприятия включали удаление полипов из носовых ходов, вскрытие пораженных пазух носа с последующим проведением курса противовоспалительной и гипосенсибилизирующей терапии. Во второй группе дополнительно применялись криоэкстракция остатков полипов и криовоздействие на слизистую оболочку носа. В третьей группе после хирургического вмешательства производилось воздействие на слизистую оболочку полости носа гелий-неоновым лазером (7-10 сеансов), а в четвертой дополнительно назначалась лазеропунктура на корпоральные точки.

Оценка эффективности лечения проводилась с учетом общего самочувствия больных, риноскопической картины, состояния дыхательной и обонятельной функции полости носа. Наряду с этим изучались цитограммы слизистой оболочки носа, а также состояние показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ). Выбор последней методики обусловлен тем, что полипозные риносинуситы сопровождаясь выраженной гипоксией тканей, вызывают активацию ПОЛ, а динамика этого показателя в ходе проводимого лечения может служить объективным критерием оценки эффективности того или иного метода.

Наблюдавшиеся в послеоперационном периоде реактивные явления со стороны слизистой оболочки носа имели тенденцию к постепенному исчезновению. Наиболее заметной эта тенденция была в группе пациентов которым проводилось эндоназальное лазерное облучение, особенно сочетающееся с лазеропунктурой. В этих же группах больных уже в ранние сроки (3-4 день) отмечалось восстановление дыхания, а иногда и обоняния, наблюдалась нормализация клеточного состава в цитограммах. Динамика показателей ПОЛ характеризовалась достоверным снижением их активности во всех группах, однако наиболее заметной она была у пациентов, получавших сеансы лазерной терапии и лазеропунктуры, причем эта тенденция четко прослеживалась у них через 4-6 месяцев после окончания курса лечения, сочетаясь с клиническим улучшением.

Таким образом, низкоэнергетическое лазерное излучение повышает эффективность комплексной терапии полипозных риносинуситов, что обосновывает целесообразность более широкого его использования в клинической практике.

© *А.А. Сквирская, Н.В. Хоботова, 2011*

Н.В. СКОРАЯ, Л.І. ПАНТЮШЕНКО, Ю.Г. РЕЗНІЧЕНКО (ЗАПОРІЖЖЯ, УКРАЇНА)

ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ У ДІТЕЙ

Захворювання ЛОР-органів найбільш поширена патологія у дітей. В останні роки відзначається збільшення частоти хронізації при різноманітній патології у дітей. Це пов'язано з впливом несприятливих соціально-економічних, екологічних чинників, різким зменшенням профілактичних заходів.

Метою роботи був пошук шляхів для покращення ефективності лікування хронічних запальних захворювань носоглотки.

Під наглядом було 55 дітей віком від 3 до 18 років з наявністю хронічних запальних захворювань носоглотки та їх батьки. Всі діти були обстежені загальноклінічно, їм проводи-

лись рентгенологічні, імунологічні та бактеріологічні дослідженні протягом 1-3 річного спостереження та лікування. Обов'язково проводилось бактеріологічне обстеження носа та горла батьків хворих дітей. Лікування дітей проводилось з урахуванням чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, стану імунної системи. Крім того проведене одночасне лікування 18 батьків, у яких виявлені латентні та явні прояви запального процесу ЛОР-органів.

В ході дослідження було встановлено, що у 65,7% дітей з носоглотки висівалась H. influenzae, у 22,9% – S. pyogenes, у 22,9% – H. haemoliticus, у 22,9% – β-гемолітичні стрептококки груп C, F, G. Це підкреслює сучасний наявний спектр мікроорганізмів, що викликають захворювання носоглотки у дітей та дає змогу на першому етапі лікування використовувати емпіричне призначення антиботиків з урахуванням вірогідності мікробіологічного спектру. У 57,4% батьків хворих дітей з носоглотки була висіяна H. influenzae, у 40,4 S.pyogenes, у 22,9%, у 19,1 – β-гемолітичні стрептококки груп C, F, G.

При проведенні кореляційного аналізу встановлена наявність кореляційної залежності між наявною мікрофлорою у дітей та їх батьків. Ця залежність була статистично достовірною при наявності у батьків явної або латентної запальної патології носоглотки. Це свідчить про наявність сімейних вогнищ патогенної мікрофлори. Важко однозначно пояснити цей факт. Можливо має місце генетична схильність, хоча на нашу думку, важливе значення будуть мати екологічні чинники в широкому розумінні цього терміну (антропогенне забруднення навколишнього середовища, гігієна помешкань, ментальні особливості та економічні можливості харчування, охорони здоров'я).

Враховуючи наявність сімейних вогнищ інфекціх ми провели лікування патологій носоглотки батьків хворих дітей. Крім ерадикації вірогідного збудника за допомогою антибактеріальних засобів, використовували загальноукріплюючі препарати, противірусні флаваноїди, а також засоби загартовування.

Проведений аналіз показав, що в у дітей, яким проводилось «сімейне» лікування було значно менше рецидивів, легеневих ускладнень, відсотку висівів патогенної мікрофлори, ніж у дітей, яким проводилось традиційне лікування.

Проведені дослідження дозволяють рекомендувати лікування дітей з хронічними запальними захворюваннями носоглотки з обов'язковим лікуванням членів їх родини.

© *Н.В. Скорая, Л.І. Пантюшенко, Ю.Г. Резніченко, 2011*

В.В. СКОРОБОГАТЫЙ, Н.А. КОВТУН, И.А. ЧЕХУТА (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФПОДОКСИМА ПРОКСЕТИЛА В ТЕРАПИИ АНГИН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Известно, что ангина, являясь весьма распространённым заболеванием, нередко способствует развитию ревматизма, гломеруло- и пиелонефрита, а также других осложнений, приводящих к стойкой утрате трудоспособности. Поэтому определяющую роль в лечении данной патологии играет адекватный выбор антибактериального препарата.

Вместе с тем, при выборе лекарственного средства необходимо учитывать не только чувствительность к нему микроорганизмов, а также его биодоступность, низкую токсичность, минимальное число побочных эффектов, но и прежде всего удобство использования препарата в амбулаторных условиях.

Одним из таких препаратов, по нашему мнению, может быть полусинтетический цефалоспориновый антибиотик III поколения Цефодокс представленный в Украине компанией «Мегаком». Цефодокс содержит неактивное соединение (пролекарство), которое всасывается из ЖКТ и превращается в свой активный метаболит – цефподоксим. Улучшение всасываемости препарата обеспечивается одновременным приемом пищи, что повышает его биодоступность. Препарат проникает в жидкости и ткани организма в целом (в том числе в небные миндалины), образуя в них концентрацию, превышающую МПК90 для большинства микроорганизмов. Цефподоксим показал хорошую антибактериальную активность против St. pneumoniae, Haemophilus influenzae, метицилинчувствительного Staphylococcus spp., Str. pyogenes, Str. agalactiae, Moraxella catarrhalis, Enterobacteriaceae и др. (Hadley J.A., Pfaller M.A., 2007). Проведенные в Испании исследования показали, что штаммы Str. pneumoniae, нечувствительные к действию пенициллина, чувствительны к цефподоксиму в 99,5% случаев (A. Fenoll et al., 2007).

Апробация препарата Цефодокс проводилась на двух базах: ЛОР-клиники Запорожской

областной больницы (23 больных) и городской больницы №7 г. Днепродзержинска (27 больных). Всего в исследовании участвовало 50 человек, болеющих ангиной в возрасте от 19 до 43 лет. Из них у 36 пациентов (72%) – диагностирована фолликулярная, а у 14 пациентов (28%) – лакунарная ангина.

Клиническая эффективность лечения определялась по совокупности субъективных и объективных симптомов болезни. Переносимость препарата оценивалась на основании субъективных ощущений, на которые указывал пациент. Учитывалась динамика лабораторных показателей, а так же частота возникновения и характер побочных реакций.

После включения пациентов в исследование проводили оценку клинического состояния больных, которая характеризовалась наличием жалоб (боль в горле при глотании, повышенная температура тела, общее недомогание), данных фарингоскопии (распространенность и характер налетов), результатов общего анализа крови (лейкоцитоз, повышенная СОЭ, сдвиг формулы влево).

Антибактериальная терапия Цефодоксом предусматривала прием препарата по 100 мг 2 раза в сутки через равные промежутки времени, параллельно с ней использовались антигистаминные препараты и местные антисептики для полоскания полости рта и глотки. Курс лечения составлял 5-7 дней.

Наблюдения показали, что выраженный клинический эффект от терапии цефподоксима проксетилом отмечался у 47 пациентов (94%). Лишь у 3-х больных (6%) с лакунарной ангиной клинический эффект оказался слабее, что выражалось в сохраняющемся болевом синдроме, отеке слизистой глотки, распространении налетов по всей поверхности миндалин, усилении симптомов интоксикации, В терапии этих пациентов доза препарата была увеличена до 200 мг 2 раза в сутки.

Положительным эффектом мы считаем тот результат, когда больными отмечалось улучшение общего состояния в процессе лечения и уменьшались симптомы заболевания. Нормализация местных изменений при фарингоскопии происходило на 4-6 сутки после начала лечения, а именно: уменьшение отека и гиперемии слизистой глотки, исчезновение налетов на миндалинах. Исчезновение боли в горле, стабилизация температуры тела и показателей периферической крови проявлялись на 2-3 дня раньше у больных фолликулярной ангиной, чем у пациентов с лакунарной ангиной. Устранение вышеперечисленных симптомов, т.е. выздоровление, наступило у всех наблюдаемых больных на 7 сутки от начала лечения.

Нежелательные явления и побочные реакции при использовании препарата в исследовании отсутствовали. Цефодокс существенно не влиял на микробиоценоз кишечника. Все пациенты хорошо переносили препарат. Кроме того необходимо отметить преимущества назначения Цефодокса внутрь как наиболее щадящего метода, исключающего психотравмирующий эффект и вероятность осложнений после инъекций.

Таким образом, учитывая терапевтическую эффективность препарата, его хорошую переносимость и, что особенно значимо в амбулаторных условиях, удобство приёма Цефодокса, последний может быть рекомендован к широкому использованию при лечении ангины.

© *В.В. Скоробогатый, Н.А. Ковтун, И.А. Чехута, 2011*

Ю.П. СПИЖЕНКО, Н.Ю. СПИЖЕНКО, Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, Э.В. ЛУКАЧ, Ю.А. СЕРЕЖКО (КИЕВ, УКРАИНА)

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫХ

В настоящее время, применение современных технологий, позволяет проводить неинвазивные методы лечения больных с различными опухолями. К таким методам относится радиохирургия с использованием установок Кибер Нож. Более года, установка Кибер Нож работает в Центре онкологии и радиохирургии Кибер Клиники Спиженко. Преимуществом системы Кибер Нож является сочетание роботизированных технологий с системой постоянного контроля по изображению. Считается, что это позволяет с высокой точностью подводить радиационную дозу прямо к опухоли из множества разнообразных направлений. Все излучение высокоэнергетического линейного ускорителя фокусируется в опухоли из 1300 углов подачи. Около половины пролеченных пациентов в мире имели опухоль в области «голова и шея».

Проводится внедрение разных режимов стереотаксического облучения, как самостоятельного метода лечения, так и в комбинированной терапии «первичных» и рецидивных опухолей данной локализации. Использование системы Кибер Нож может быть вариантом терапии при небольших, но сложных для хирургического вмешательства опухолях или для пациентов, которые ищут альтернативы оперативному лечению.

Под нашим наблюдением находилось 13 пациентов со злокачественными опухолями верхних дыхательных путей: в носоглотке – 6, в ротоглотке – 2, в гортани – 2, в гортаноглотке – 2, крылонебной ямке – 1. Из них с впервые выявленной опухолью было – 4. С рецидивами и остаточными опухолями – 6, отдаленными метастазами (легкие – 1, надпочечник и кости черепа – 1, позвоночник – 1). Из первичных больных с III стадией было 2 больных, IV стадией – 1). Диагноз заболевания, у всех больных верифицирован морфологически: хондросаркома – 2, рак – 11. Сеансы стереотаксической радиохирургии проводились на установке Кибер Нож CyberKnife G4, установленный в Кибер Клинике Спиженко. При радиохирургическом лечении использовалось однократное подведение дозы более 7Гр за 2-5 сеансов. Высокая точность системы КиберНож обеспечивается тщательным предварительным КТ и МРТ исследованием, определяющим точное расположение опухоли. В результате чего, создается трехмерная «карта» для CyberKnife G4. Таким образом, индивидуально для каждого пациента, определяется форма, размер и расположение опухоли, а также ткани и структуру органов, которые должны быть защищены в процессе проведения лечения. Размер опухолей у пролеченных больных был до 60мм. Осложнений, связанных с проведением стереотаксической радиохирургии – не наблюдалось. Через месяц после проведенного лечения на установке Кибер Нож отмечался частичный регресс опухоли у пациентов. В последующем проводились курсы адъювантной полихимиотерапии. В результате проведенного лечения с курсом адъювантной химиотерапии , полный регресс опухоли отмечено у 4-х пациентов. Частичный регресс у 6 , объективный ответ на лечение был у 10 больных. У 3-х отмечена стабилизация опухолевого процесса в результате проведенного противоопухолевого лечения. Как пример, приводим результат лечения пациентки с рецидивом рака гортани после хирургического лечения. У больной С., 28 лет, в январе 2010 года был диагностирован рак гортани Ia стадии (левой голосовой складки). В феврале она консультирована в клинике Альфреда Круппа (г. Эссен), где 01.03.10 было произведено эндоскопическое удаление опухоли с применением лазера . Облучение, из-за отказа больной, не проводилось. Пациентка находилась под наблюдением и через месяц, по данным контрольной биопсии – роста опухоли не наблюдалось. Однако, в июне, результаты биопсии показали рецидив рака и поэтому, повторно в клинике Альфреда Круппа была произведена эндоскопическая операция с удалением рецидива опухоли в срединном отделе гортани слева. В июле отмечалось продолжение болезни и при биопсии верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак. В Институт отоларингологии больная поступила в тяжелом состоянии при явлениях субстеноза гортани. На МРТ и эндоскопически опухоль левой половины гортани размерами 34х38х65 мм поражала щитовидный хрящ, прорастала в мягкие ткани. В связи с затруднением дыхания была срочно произведена трахеостомия. От предложенного радикального оперативного лечения больная категорически отказалась и как альтернативный вариант, ей было проведено лечение на установке Кибер Нож. За 5 сеансов к опухоли было подведено 37,5Гр.

После проведеного лечения, амбулаторно, по месту жительства пациентки, проводилась антибактериальная (в течение 7 дней) и симптоматическая терапия. Субъективно пациентка отмечала боль при глотании, которая появилась через неделю после радиохирургического лечения. Интенсивность боли была умеренной, но аналгетиков пациентка не принимала. Кроме этого, пациентка отмечала откашливание некротически измененной ткани. Все перечисленные осложнения продолжались 5 дней. Дыхание осуществлялось естественным путем и через трахеостому. Через две недели произведена деканюляция. Через месяц после курса лечения на установке Кибер Нож отмечался частичный регресс опухоли. По данным МРТ опухоль имела размеры 16х30х39 мм с центрально расположенным участком некроза. Дыхание через естественные пути свободное, трахеостомическое отверстие закрылось самостоятельно. Голос хриплый. Произведена биопсия из левой половины гортани. При гистологическом исследовании – рост опухоли не выявлен, патоморфоз IV. Больная закончила два курса полихимиотерапии в онкологическом диспансере в г. Львове.

При контрольном осмотре через два месяца после лечения рецидива опухоли не выявлено эндоскопически и по данным КТ. Анализируя результаты предварительных данных лечения стереотаксической радиохирургии следует отметить, что большинство из 13 больных страда-

ли запущенными новообразованиями и подвергались предварительному комбинированному лечению что накладывало отпечаток на эффективность. Полный регресс опухоли у 4-х больных и значительное улучшение качества жизни больных с частичным эффектом позволяет нам рассматривать оптимистически этот метод лечения.

Стереотаксическое облучение на установке Кибер Нож является эффективным и безопасным методом лечения злокачественных опухолей верхних дыхательных путей. Преимуществом такого лечения является возможность проведения его амбулаторно без анестезиологического, реанимационного и реабилитационного сопровождения.

© *Ю.П. Спиженко, Н.Ю. Спиженко, Д.И. Заболотный, Э.В. Лукач, Ю.А. Сережко , 2011*

О.В. СТАХІВ, О.В. ГОВДА, У.Р. ДУЖИК, А.І. ГАВУРА, Л.В. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

ТОНЗИПРЕТ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ФАРИНГІТУ У ДОРОСЛИХ

Хронічний фарингіт – поширене захворювання. Понад 30% хворих, які звертаються в ЛОР-кабінети поліклінік, страждають на хронічний фарингіт різних форм (В.Д. Драгомирецький, Д.І. Заболотний, 1999). Розрізняють хронічний фарингіт катаральний, гіпертрофічний і атрофічний. Найлегше перебігає хронічний катаральний фарингіт. Лікування хронічного катарального фарингіту місцеве – лужні розчини у вигляді інгаляцій, зрошень, полоскань, протизапальні розчини (5% розчин альбуциду натрію, 2,5% розчин норсульфазолу та ін.). У вітчизняній оториноларингології не застосовувався препарат Тонзипрет для лікування хронічного катарального фарингіту.

Ми застосували Тонзипрет в лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих.

Тонзипрет – комбінований препарат рослинного походження. Випускається в таблетках для розсмоктування і в краплях для перорального застосування. До складу таблеток входять лаконіс американський, гваякове дерево, перець стручковий, до складу крапель – лаконіс американський, гваякове дерево, перець стручковий, спирт етиловий.

Лікарські рослини, що входять до складу препарату, містять сапоніни, флавоноїди, ефірні олії. Перець стручковий містить пекучі речовини капсаїциноїди, серед яких переважає капсоїцин. Завдяки цьому препарат має природний пекучий смак, надає анальгезувальну і протизапальну дію. Лаконіс американський володіє також імуностимулювальною дією.

Показання до застосування Тонзипрету – гострі і хронічні запалення горла, гортані і мигдаликів (тонзиліт, ларингіт, фарингіт). При хронічних захворюваннях дорослим і дітям старше 12 років призначається 1-3 рази на день по 1 таблетці чи по 5-10 крапель, дітям від 6 до 12 років – не більше 2 разів на день по одній таблетці чи по 5-10 крапель, дітям від 1 до 6 років – не більше 1-2 разів на день по одній таблетці чи по 5-10 крапель.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 25 хворих на хронічний катаральний фарингіт віком від 26 до 48 років.

Хворі скаржились на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу. Фарингоскопічно відмічались гіперемія і набряк слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла; слизова оболонка була вкрита в'язким слизово-гнійним виділенням.

Пацієнти були поділені на 2 групи: основну (15 хворих) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання.

Хворі основної групи одержували Тонзипрет, контрольної – загальноприйняте лікування. Тонзипрет призначався по 1 таблетці 3 рази на день, розсмоктуючи, але не розжовуючи і не запиваючи.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими та фарингоскопічна картина. При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів фарингіту у хворих основної групи.

Скарги на відчуття стороннього тіла, виділення слизу у хворих, що приймали Тонзипрет, поступово зникли через 6-7 днів у 12 осіб. Решта 3 пацієнти відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина вказувала на позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла була рожевою, нормальної консистенції, без в'язких слизово-гнійних виділень. У пацієнтів контрольної групи позитивний ефект наставав до 11-12-го дня лікування.

Стерпніть препарату Тонзипрет у всіх хворих була доброю, алергійних реакцій та інших небажаних явищ не зареєстровано у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування Тонзипрету в лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих осіб значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Тонзипрет добре переноситься хворими, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для терапії хворих на хронічний катаральний фарингіт.

© *О.В. Стахів, О.В. Говда, У.Р. Дужик, А.І. Гавура, Л.В. Яшан, Г.С. Протасевич, Р.Т. Чортківський, 2011*

Ю.А. СУШКО, О.Н. БОРИСЕНКО, И.А. СРЕБНЯК, Е.Е. ПРОКОПЕНКО, В.Т. ДЖУС (КИЕВ, УКРАИНА)

БИЛАТЕРАЛЬНАЯ КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Современные высокие технологии, реализованные в адаптивных слуховых аппаратах и системах кохлеарной имплантации, дают их пользователям реальную возможность улучшить качество слуха, особенно в разнообразных акустических условиях. Однако, даже самые современные технологии и средства реабилитации не могут в определенных условиях в полной степени восстановить либо значительно улучшить возможности остаточного слуха при их монауральном использовании. При монауральном восприятии человек в определенных условиях испытывает значительные трудности с разборчивостью речи особенно в условиях шума и в определении источника звука в окружающем пространстве.

Физиологичным является билатеральный слух. Развитые механизмы бинаурального взаимодействия в центральных отделах слухового анализатора в условиях физиологической нормы позволяют обеспечить легкость, комфортность, разборчивость и совершенный слух в разнообразных жизненных ситуациях.

В отделе микрохирургии уха и отонейрохирургии с 2004 года проведено 153 операции – кохлеарной имплантации у пациентов с двусторонней сенсоневральной глухотой. Из них 17 пациентов – взрослые с постлингвально возникшей сенсоневральной глухотой. 136 пациентов – дети разных возрастных групп с сенсоневральной глухотой, возникшей до момента начала овладения речью. В 15 (10%) случаях произведена отсроченная билатеральная кохлеарная имплатация. Первая билатеральная отсроченная кохлеарная имплатация была произведена в 2009 году.

Интервал между операциями составил от 3 месяцев до 2 лет. В одном случае билатеральная кохлеарная имплантация произведена ребенку с сенсоневральной глухотой, возникшей после менингоэнцефалита с признаками билатеральной оссификации базального завитка улитки. Также интерес представляет ребенок с детским церебральным параличем, отсроченная билатеральная кохлеарная имплантация котрому была проведена с интервалом 4 месяца между операциями.

10 пациентов к моменту проведения второй кохлеарной имплатации были полностью реабилитированы с первым кохлеарным имплантом и посещают массовые дошкольные и школьные учебные заведения. В настоящее время все прооперованные пациенты пользуются двумя кохлеарными имплантами и продолжают проходить реабилитацию слуха и речи в условиях реабилитационного центра.

Большинство пациентов после проведения кохлеарной имплантации с одной стороны (монауральной) пользуются адаптивным слуховым аппаратом с другой стороны, обеспечивая эффект бинаурального слуха.

У большинства пациентов исследуемой группы с сенсоневральной глухотой реабилитация основана на физиологических аспектах бинаурального слуха в виде как бимодальной стимуляции, так и билатеральной кохлеарной имплантации. Билатеральная кохлеарная имплантация (как одномоментная, так и отсроченная) при квалифицированной технической поддержке и эффективной методологически грамотно построенной реабилитации позволяет максимально интегрировать пациентов с сенсоневральной глухотой в среду нормально слышащих.

© *Ю.А. Сушко, О.Н. Борисенко, И.А. Сребняк, Е.Е. Прокопенко, В.Т. Джус, 2011*

Ю.А. СУШКО, О.Н. БОРИСЕНКО, И.А. СРЕБНЯК, А.И. КИЗИМ, Е.Е. ПРОКОПЕНКО, В.Т. ДЖУС (КИЕВ, УКРАИНА)

ХОЛЕСТЕАТОМА СРЕДНЕГО УХА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Холестеатома среднего уха характеризуется развитием костной деструкции, выраженной энзиматической активностью матрикса с пролиферацией и активной миграцией кератиноцитов в пределах височной кости. Течение заболевания у взрослого и детского контингента существенно отличается, чем объясняется большая частота возникновения рецидивной и резидуальной холестеатомы у детей (Benhammou et al., 2005; Hamilton, 2009; Alper et al., 2009).

Объектом исследования явились 87 пациентов хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой, из которых 26 пациентов – дети в возрасте от 6 до 15 лет, 61 пациент – взрослые в возрасте от 18 до 64 лет. Оценивали следующие показатели: возраст, пол, предоперационные симптомы, определяли анатомопатологическую форму холестеатомы, степень пневматизации сосцевидного отростка, деструктивные изменения в сосцевидном отростке, состояние слизистой оболочки среднего уха, слуховых косточек, энзиматическую активность экссудата среднего уха, холестеатомного матрикса, подлежащей костной ткани и слизистой оболочки антромастоидальной полости.

Снижение слуха и оторрея – основные симптомы холестеатомы среднего уха у исследуемых пациентов, причем смешанная форма тугоухости отмечалась у 15 пациентов из взрослого контингента, а кондуктивная тугоухость у всех пациентов детского возраста. У 14 пациентов детского возраста отмечался двусторонний хронический гнойный средний отит с холестеатомой, а у пациентов взрослого возраста двустороння холестеатома отмечалась у 18 пациентов. Деструкция задне-верхнего квадранта pars tensa барабанной перепонки с врастанием эпидермиса в ретротимпанум чаще встречалась у детей, у взрослых – деструкция pars flaccida с врастанием холестеатомы в аттик. У детей холестеатома чаще сочеталась с наличием толстой, грануляционно измененной слизистой оболочки барабанной полости. По данным спиральной компъютерной томографии у детей отмечался больших размеров сосцевидный отросток с частичной деструкцией межклеточных перегородок, в то время как у взрослых – сосцевидный отросток маленьких размеров, с признаками склероза, наличием антрума, заполненного мягкотканым содержимым и отсутствием клеточной структуры. Интраоперационно определялась форма и размер холестеатомы. У детского контингента холестеатома характеризовалась распространенностью до верхушки сосцевидного отростка и в 15 случаях имела признаки диффузной инвазивной холестеатомы с выраженной энзиматической активностью матрикса, подлежащей костной ткани и слизистой оболочки антромастоидальной полости. У взрослых чаще встречалась инкапсулированная ограниченная холестеатома, однако энзиматическая активность матрикса варьировала от высокой до низкой степени (причем низкая активность отмечалась у пациентов с ограниченными инкапсулированными аттиковыми холестеатомами). Активность протеолитических ферментов в экссудате из среднего уха была высокой у пациентов с инвазивной холестеатомой у лиц как детского так и взрослого возраста.

Выбор метода хирургического лечения зависел от вышеизложенных факторов. Так, у 15 пациентов детского контингента произведен открытый вариант тимпанопластики с частичной облитерацией трепанационной полости мышечно-периостальным лоскутом заушной области, а у 11 пациентов – закрытый вариант тимпанопластики, с обязательным проведением ревизии в сроках 8-10 месяцев после первой операции и отсроченной оссикулопластикой. У пациентов взрослого контингента проводились как открытый, так и закрытый варианты тимпанопластики, а также консервативно-радикальные операции с облитерацией полости сосцевидного отростка. С целью угнетения энзиматической активности холестеатомы всем пациентам интраоперационно местно вводился полифункциональный ингибитор протеолитических ферментов (ПИПФ) – апротинин, а после закрытого варианта тимпанопластики его вводили через дренажные трубки в послеоперационном периоде в течение 7 суток. Резидуальная холестеатома выявлена у 6 (23%) пациентов детского контингента во время проведения ревизии с энзиматически низкой активностью холестеатомного матрикса, причем у детей, которым первично проводился закрытый вариант тимпанопластики. Резидуальная холестеатома выявлена у 7 (8%) пациентов взрослого контингента.

Холестеатома в детском возрасте характеризуется выраженной ферментативной активностью в матриксе, подлежащих костных структурах, слизистой оболочки среднего уха и экссудате среднего уха, агрессивным течением и бóльшим процентом развития резидуаль-

ной холестеатомы. Учитывая высокий энзиматический потенциал холестеатомного матрикса консервативные методы лечения холестеатомы не оправданы, хирургическое лечения является необходимым в любой возрастной группе и должно проводиться в плановом порядке по факту выявления холестеатомы. Интраоперационное применение ПИПФ в случаях выявления резидуальной холестеатомы угнетает ее активность, особенно в матриксе, что снижает ее агрессивность и деструктивное влияние на подлежащие костные структуры.

© *Ю.А. Сушко, О.Н. Борисенко, И.А. Сребняк, А.И. Кизим, Е.Е. Прокопенко, В.Т. Джус, 2011*

И.А. ТАЛАЛАЕНКО, С.К. БОЕНКО, С.И. ЗУРНАДЖИ, А.М. ПУШКАРУК, А.Ф. ЗИМОГЛЯДОВ (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ

Диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух (ОНП) является наиболее актуальной проблемой ринологии.

Целью исследования являлось совершенствование диагностики и улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническими синуситами.

Материалы и методы. В 2008-2010 годах в Донецком дорожном ринологическом центре оперировано 205 больных с хроническими воспалительными заболеваниями ОНП. Оперативные вмешательства на передней группе ОНП были выполнены у 160 (78,0%), задней группе ОНП – у 20 (9,8%), передней и задней группах ОНП – у 25 (12,2%) пациентов. Предоперационное обследование включало исследование «назальных» жалоб, эндориноскопию, компьютерную томографию (КТ) носа и ОНП с в аксиальной и коронарной проекциях и переднюю активную риноманометрию (ПАРМ).

В качестве предоперационной подготовки всем больным назначали элиминационную, антибактериальную, гипосенсибилизирующую терапию, муколитические средства, назальные топические стероиды в течение двух недель, при необходимости выполняли пункции гайморовых пазух. У пациентов с аспириновой триадой (16-7,8% оперированных больных) перед оперативным вмешательством проводили семидневным курс системной стероидной терапии.

Оперативное лечение включало коррекцию внутриносовых структур и различные виды эндоназальных синусотомий под эндоскопическим контролем. Удаление носовых тампонов производили на следующий день после операции. В раннем послеоперационном периоде больным назначали элиминационную, гипосенсибилизирующую, муколитическую терапию, солевые души, выполняли анемизацию и туалет полости носа. У 70 (34,1%) пациентов проведена однократная катетеризация и промывание оперированной пазухи фурацилином с последующим введением антибиотика. В позднем послеоперационном периоде продолжали элиминационную терапию и назальные топические стероиды. Больным с аспириновой триадой назначали длительные курсы местной стероидной терапии. Период послеоперационного наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе предоперационного эндориноскопического и радиологического обследования после проведенной подготовки у всех пациентов удалось идентифицировать основные анатомические ориентиры (крючковидный отросток и среднюю носовую раковину, её базальную пластинку, медиальную стенку орбиты, продырявленные пластинки решетчатой кости, каналы внутренней сонной артерии и зрительного нерва) и проанализировать их состояние, что снизило риск оперативного вмешательства. Интра- и послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Исчезновение всех «назальных» жалоб происходило на 2-3-и сутки после операции. В периоде динамического наблюдения у подавляющего числа больных отмечено клиническое выздоровление, у 9 (4,4%) больных отмечено формирование синехий, что объясняется дефектами ведения на этапе амбулаторного лечения.

Выводы.

1. Диагностические мероприятия и плановые оперативные вмешательства на околоносовых пазухах необходимо проводить после купирования обострения воспалительного процесса.
2. Проведение предоперационной подготовки, достаточный объём операции, каче-

ственное ведение послеоперационного периода и динамическое наблюдение позволяет улучшить результаты оперативного лечения у больных с хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух.

© *И.А. Талалаенко, С.К. Боенко, С.И. Зурнаджи, А.М. Пушкарук, А.Ф. Зимоглядов, 2011*

И.А. ТАЛАЛАЕНКО, С.К. БОЕНКО (ДОНЕЦК)

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРЮЧКОВИДНОГО ОТРОСТКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Состояние структур остиомеатального комплекса (ОМК) у больных с хроническими синуситами изучено недостаточно. В то же время, их анатомические особенности играют важную роль в патогенезе хронических воспалительных заболеваний передней группы околоносовых пазух (ОНП) (W. Messerklinger, 1979).

Целью работы являлось изучение анатомических особенностей крючковидного отростка у больных хроническими воспалительными заболеваниями передней группы ОНП по данным компьютерной томографии (КТ).

Материалы и методы. В январе-феврале 2010 года в Донецком дорожном ринологическом центре наблюдалось 60 больных хроническими воспалительными заболеваниями передней группы ОНП. Мужчин было 39 (65,0%), женщин – 21 (35,0%). Возраст больных колебался от 17 до 70 лет. Их обследование включало осмотр ЛОР-органов, видеоэндориноскопию, КТ носа и ОНП на томографах High Speed CT фирмы General Electric в аксиальной и коронарной проекциях и переднюю активную риноманометрию. Из группы обследованных исключали лиц, страдающих полипозом, одонтогенным и грибковым синуситом, сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом, а также перенесших травму носа, операции в полости носа и на ОНП.

Полученные результаты и их обсуждение. У всех больных на КТ выявлены различные патологические изменения со стороны полости носа и передней группы ОНП. У 33 (55,0%) пациентов они были односторонними, а у 27 (45,0%) носили двухсторонний характер. У 47 (78,3%) больных отмечено затемнение клеток решетчатого лабиринта, у 35 (58,3%) – верхнечелюстных и 21 (35%) – лобных пазух. Внутриносовые аномалии обнаружены на КТ у всех пациентов в различных сочетаниях. Самыми частыми из них были искривления носовой перегородки, которые определялись у 57 (95,0%) и изменения средней носовой раковины – у 24 (40,0%) больных, что незначительно превосходило данные риноэндоскопии.

Патологические варианты строения крючковидного отростка обнаружены на КТ у 20 (33,3%) больных. В большинстве случаев они были двухсторонними и были представлены различными видами его гиперплазии, девиацией, смещением. Так, что у 3 (5,0%) пациентов крючковидный отросток был пневматизирован, что превосходило данные риноэндоскопии. У 5 (8,3%) отмечена его гиперплазия, у 4 (6,7%) – его девиация и смещение вглубь среднего носового хода. Двухстороння аплазия крючковидных отростков констатирована на КТ у одного (1,7%) больного, она сочеталось с аплазией решетчатых пузырей. У большинства пациентов крючковидные отростки были интегрированы в латеральную стенку носа, однако в некоторых случаях их строение было ассиметричным. Так, у 3 (5,0%) обследованных один из крючковидных отростков прикреплялся к основанию черепа, у 4 (6,7%) – к средней носовой раковине, у 1 (1,7%) – к бумажной пластинке орбиты и у 1 (1,7%) – к клетке носового бугорка. Результаты радиологического исследования позволили дополнить данные риноэндоскопии в этой группе больных. По нашему мнению, изучение особенностей строения крючковидного отростка необходимо для планирования патогенетического лечения пациентов с заболеваниями передней группы ОНП.

Выводы.

1. У всех больных с хроническими воспалительными заболеваниями передней группы околоносовых пазух имеют место анатомические аномалии структур остиомеатального комплекса, которые встречаются в различных сочетаниях.
2. Крючковидный отросток, наряду со средней носовой раковиной, является одной из наиболее вариабельных структур остиомеатального комплекса.

© *И.А. Талалаенко, С.К. Боенко, 2011*

Г.Е. ТІМЕН, П.В. ВІННІЧУК, Л.А. КУДЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДІАГНОСТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ПРИГЛУХУВАТОСТІ І-ІІ СТУПЕНЯ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Проблеми діагностики та лікування приглухуватості й глухоти, є і в найближчі десятиріччя будуть одними з найактуальніших як в медичному так і в соціальному планах За даними Американської академії аудіології, в світі щорічно народжується більше 665 тисяч дітей з порушеннями слуху. За прогнозами ВОЗ, до 2020 р. більше 30% всіх мешканців земної кулі будуть мати порушення слуху.

Під нашим наглядом знаходилось 32 дітей із І-ІІ ступенем сенсоневральної приглухуватості (СНП) віком від 4-х до 18 років.

Всім хворим з СНП проводилось комплексне аудіологічне обстеження за допомогою суб'єктивних та об'єктивних методів: ігрова (дітям 4-5 років) чи тональна аудіометрія, сурдопедагогічне обстеження, реєстрація коротколотентних слухових викликаних потенціалів (КСВП) та отоакустичної емісії. В результаті проведених досліджень у 7 хворих було діагностовано однобічна СНП (СНП І ст. – 4 хв. та СНП ІІ ст. – 3 хв.) та у 25 дітей – двобічна СНП. Симетрична двобічна СНП І ст. була діагностовано у 10 пацієнтів, СНП ІІ ст. у 5 хв. Асиметрична приглухуватість була визначена у 10 дітей: СНП І ст. з одного боку та СНП ІІ ст. у 4-х хв., СНП І ст. з одного боку та глухота з іншого – 2 хв., СНП ІІ ст. з одного боку та СНП ІІІ ст. з іншого – 1 хв., СНП ІІ ст. з одного боку та глухота з іншого – 3 дитини. Отоакустична емісія була зареєстрована у 16 дітей (15 хв. з порогами реєстрації КСВП до 40 дБ – СНП І ст. та 1 хв. з порогами реєстрації КСВП більше 50 дБ – СНП ІІ ст.) та не реєструвалась у 34 хворих, що мали пороги реєстрації КСВП більше 50 дБ.

Таким чином, тільки завдяки повному та всебічному обстеженню хворих із СНП були встановлені форми СНП, ступені та варіанти їх перебігу. Так, гостра СНП І-ІІ ступенів була діагностована у 7 дітей (10 вух), із них у 4-х – однобічна та у 3-х хв. – двобічна. Хронічна І-ІІ ст. СНП була діагностована у 25 хворих: однобічна із стабільним перебігом у 3хв., та двобічна СНП – у 22 хв. Серед хронічної СНП І-ІІ ступенів 17 дітей мали стабільний перебіг та 5 дітей – прогресуючий. Ще раз підкреслюємо, що при діагностиці у дітей СНП, навіть перших ступенів, необхідно комплексне аудіологічне обстеження, з використанням КСВП та отоакустичної емісії.

© *Г.Е. Тімен, П.В. Віннічук, Л.А. Кудь, 2011*

Г.Е. ТІМЕН, П.В. ВІННІЧУК, Л.А. КУДЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ДОДАТКОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ І-ІІ СТУПЕНІВ

В комплексі діагностичного обстеження хворих із СНП І-ІІ ст. 20-м пацієнтам були проведені додаткові методи обстеження: 12-м дітям – комп'ютерна томографія (КТ) скроневих кісток та МРТ головного мозку та 8-ми іншим – ультразвукова діагностика (УЗД) судин голови та шиї

У 6 пацієнтів (31,5 %) були знайдені зміни на КТ скроневих кісток. Так, у 1-го пацієнта (5,2 %) було виявлено осифікацію напівкружних каналів, ділянки (як наслідок перенесеного менінгіту); у 2-х дітей (10,5%) – зниження пневматизації барабанної порожнини та комірок соскоподібного паростка скроневої кістки та барабанної порожнини, у інших 2-х (10,5%) – ознаки двобічної аномалії розвитку внутрішнього вуха – розширення водопроводу присінку та ендолімфатичного мішка (large vestibular aqueduct syndrome endolymphatic sac anomaly); у 1-го хворого – арахноїдальну кісту лобно-тім'янної ділянки.

УЗД судин голови та шиї, у 75% обстежених виявило венозну дисциркуляцію, у 12,5% – венозна дисциркуляція поєднувалась із патологічною звивістістю внутрішніх сонних артерій та у 12,5% – венозна дисциркуляція поєднувалась із церебральним ангіоспазмом.

Отже, комп'ютерна томографія скроневих кісток у дітей із І-ІІ ступенями СНП є важливим допоміжним методом дослідження, який необхідний в подальшому раціональному лікуванню та реабілітації хворих. Виявлена УЗД дослідженням судинна патологія обумовлює доцільність включення в комплексне лікування специфічних венозних препаратів.

© *Г.Е. Тімен, П.В. Віннічук, Л.А. Кудь, 2011*

Г.Е. ТІМЕН, П.В. ВІННИЧУК, Л.А. КУДЬ, С.П. ЧУБКО, К.Л. РУДЕНЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

ГЛУТАРГІН ЯК СКЛАДОВА У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ

По даним ВООЗ в індустріально розвинених країнах світу кількість людей, що страждають на погіршення слуху (>40 дБ на краще чуюче вухо) складає близько 300 млн. Це свідчить, що проблеми діагностики та лікування приглухуватості та глухоти, є і будуть у найближчі десятиріччя одними з найактуальніших як в медичному, так і в соціальному планах. Однак, незважаючи на явну гостроту проблеми, медикаментозне лікування хворих з сенсоневральною приглухуватістю (СНП) – малоефективне.

Ціллю даної роботи було вивчення можливості використання глутаргіну в комплексній терапії хворих з I-II ступенями СНП.

Глутаргін є сполученням аргініну та глутамінової кислоти, які відіграють важливу роль у забезпеченні біохімічних процесів нейтралізації та виведення з організму високотоксичного метаболіту обміну азотистих речовин – аміаку. Даний препарат проявляє антиоксидантні, антигіпоксичні та мембраностабілізуючі властивості, бере участь у білковому та вуглеводному обмінах. А глутамінову кислоту, яка входить до його складу, відносять до нейромедіаторних амінокислот, які стимулюють передачу збудження у синапсах центральної нервової системи.

Під нашим наглядом знаходилось 32 хворих з СНП I-II ступеня. Курс лікування цих хворих тривав у середньому 25 днів. У перші 11 діб, пацієнтам у стаціонарних умовах проводились внутрішньовенні введення реосорбілакту, ноотропілу, глутаргіну, еуфіліну, дексаметазону, вітаміну С, внутрішньом'язові ін'єкції – вітамінів групи В (В1, В6), церебролізину, а також пероральний прийом бетасерку. З фізіотерапевтичних процедур використовували ендоуральний фонофорез дибазолу та новокаїну.

Після виписки зі стаціонару хворі продовжували курс вітамінотерапії, пероральний прийом бетасерку, глутаргіну та починали вживання олатропілу і кавінтону протягом наступних 14 днів.

Із 20 осіб (33 сторони ураження – вух) з стабільним перебігом захворювання ефективність лікування у вигляді зменшення порогів звукосприйняття (з 40,022±4,366 дБ до 26,178±3,724 дБ) відмічено у 6 пацієнтів (9 вух – 27,3 %), а у 2 хворих (3 вуха – 9%) відмічалось покращення розуміння шепітної та розмовної мов.

У 5 дітей (8 сторін ураження) з прогресуючим перебігом СНП позитивний ефект у вигляді зниження порогів з 52,7±12,083 дБ до 37,933±10,113 дБ досягнуто у 3 (37,5%) випадках, а у 4 (50%) – зафіксовано покращення сприйняття шепітної та розмовної мов.

З гострою формою СНП проліковано 7 хворих (9 сторін ураження). У 7 випадках (77,7%) була досягнута повна нормалізація слухової функції.

Таким чином, використання глутаргіну у комплексній терапії СНП, дозволило нам отримати повне відновлення слухової функції на 7 сторонах ураження (77,7%) у хворих з гострою формою даного захворювання та зниження порогів звукосприйняття і покращення розуміння шепітної та розмовної мов, відповідно на 12 (27%) та 7 (15,75%) вухах у пацієнтів з хронічною формою даного захворювання.

© *Г.Е. Тімен, П.В. Вінничук, Л.А. Кудь, С.П. Чубко, К.Л. Руденька, 2011*

Г.Е. ТІМЕН, Л.А. КУДЬ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РИНОСИНУСИТІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Риносинусити – одна із найчастіших форм інфекції верхніх дихальних шляхів, з якою зустрічаються педіатри та отоларингологи. Гострі запалення навколоносових пазух займають 17-20 % серед ЛОР-патології у дітей (М.Я. Козлов, 1993).

Під нашим наглядом знаходилось 58 хворих на гострий риносинусит віком від 3-х до 17 років. У 35 обстежуваних на ГР була виявлена 50 випадків супутньої патології ЛОР-органів: тубоотит – 16, секреторний отит – 8, гострий двобічний катаральний середній отит – 1, хронічна сенсоневральна приглухуватість – 3, аденоїдні вегетації – 10, викривлення носової перегородки – 5, хронічний гіпертрофічний риніт – 3, гіпертрофія піднебінних мигдаликів 2 ст. – 1, хронічний тонзиліт – 2.

Розподіл хворих з ГР на основну (32 хв.) та контрольну групи (26 хв.) проводився в залежності від методу лікування. В основну гру-

пу входили діти, яким проводилось лікування за допомогою неінвазивного (безпункційного) методу лікування, та контрольну, де лікування проводилось пункційним методом. В комплекс лікування дітей основної групи та контрольної груп входили: антибіотики (емпірично призначався амоксицилін/клавунат, чи антибіотики цефалосоринового ряду – цефазолін або цефтріаксон), антигістамінні (кларитин чи еріус), муколітичні (амброксол, АЦЦ), секретолітичні (синупрет) препарати, інтраназальні деконгестанти, фізіотерапію. Крім того, пацієнтам основної групи призначався нестероїдний протизапальний препарат фенспирид (ереспал) та промивання носової порожнини за Проетцом з розчином цефазоліна, гідрокортизону та трипсина (лідази), а дітям контрольної групи виконувалась пункція верхньощелепних пазух з дренуванням та промиванням аналогічним розчином (звичайно до 5-7 днів).

Ефективність проведеного лікування ґрунтувалась на вивченні суб'єктивних та об'єктивних ознак захворювання: зниження або зникнення скарг хворого, поліпшення (відновлення) носового дихання, відсутності виділень з носу, а також даних ринопневмометрії, визначенні транспортної функції миготливого епітелію, визначенні прохідності природних отворів верхньощелепних пазух, показників місцевого імунітету (sIg A, Ig A, Ig G), даних рентгенологічного дослідження ННП (УЗД ННП). Проводилось порівняння всіх досліджень у хворих дітей на ГР до лікування та на (5-7) дні лікування, та (10-14) дні від початку лікування, як між собою в групі, так й між групами. Дані рентгенологічного дослідження ННП порівнювались до лікування та після закінчення курсу лікування.

Результати проведених досліджень свідчать про те, що при неінвазивному лікуванні дітей із гострими риносинуситами нормалізація клінічної, рентгенологічної, ендоскопічної та мікробіологічної картини у пацієнтів основної групи наступала швидше й достовірно відрізнялась від такої у пацієнтів контрольної групи. Показники ринопневмометрії, сахаринової проби, дані, отримані при визначенні прохідності природних отворів верхньощелепних пазух (П.П. Фертиков, 1990) достовірно покращувались в процесі лікування в обох групах ($p<0,05$), проте показники, отримані у пацієнтів основної групи були достовірно кращими ($p<0,05$).

Рівень sIg A у пацієнтів основної групи в процесі лікування поступово нормалізовувався і на (10-14) дн. був достовірно кращим, чим у пацієнтів контрольної групи ($p<0,05$), де нормалізація цього показника в ротоглотковому секреті не наступала в процесі лікування. Що стосується показників Ig A та Ig G в ротоглотковому секреті, то їх рівень в процесі лікування достовірно не змінювався та достовірно не відрізнявся в обох групах.

Отримані дані свідчать про те, що неінвазивний метод лікування гострого гнійного риносинуситу в дитячому віці за деякими даними кращий за пункційний та за деяким імунологічними показниками не поступаються йому.

© *Г.Е. Тімен, Л.А. Кудь, 2011*

Г.Е. ТІМЕН, В.М. ПИСАНКО, Б.М. МИРОНЮК, Л.І. КОБЗАРУК
(КИЇВ, УКРАЇНА)

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОКОХЛЕОГРАФІЇ ТА ОТОАКУСТИЧНОЇ ЕМІСІЇ В ДІАГНОСТИЦІ СКАЛЯРНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ

Однією з актуальних проблем отології є диференційна діагностика змішаної приглухуватості, яка може виникати на секреторного отиту. Питання виникає тому, що порушення звукосприйняття в цих випадках на аудіограмі виглядає як сенсоневральна приглухуватість, може бути обумовлена не ураженням волоскових клітин, а порушенням гідродинамічних процесів у завитці (скалярна приглухуватість). Відомо, що від ґенезу порушень звукосприйняття багато в чому залежить тактика лікування, а саме: необхідність нагального виконання тимпанопункції або шунтування барабанної порожнини в разі скалярної приглухуватості.

Виходячи з цього, ми оцінили доцільність використання електрокохлеографії та отоакустичної емісії в діагностиці перцептивного ураження слуху на фоні секреторного середнього отиту.

Під нашим наглядом знаходилось 30 дітей (11 жіночої та 19 чоловічої статі) віком від 5 до 9 років із двобічною змішаною приглухуватістю та секреторним середнім отитом. Конкретної причини захворювання батьки не називали.

Всім хворим проводили отларингологічне обстеження, суб'єктивну аудіометрію, тимпанометрію, реєстрували КСВП та отоакустичну емісію, виконували електрокохлеографію.

У всіх хворих виявлена наявність аденоїдних вегетацій II (23 чол.) чи III (7 чол.) ступеню, у 4 – хронічний гіпертрофічний риніт.

Тимпанограма з обох боків у всіх хворих була типу «В».

При аналізі результатів виявлено, що дані реєстрації КСВП та суб'єктивної аудіометрії співпадали. Отоакустична емісія реєструвалась лише у одного пацієнта на високих частотах при 70/70 SPL.

Пороги реєстрації електрокохлеографії у 14 (46%) хворих були нижчими на 15-25 дБ, ніж пороги КСВП, що дозволяло запідозрити наявність скалярної приглухуватості.

У 54% обстежених пороги КСВП та ЕКоГ співпадали.

Всім хворим проведено аденотомію, чотирьом – радіохвильову дезінтеграцію нижніх носових раковин. Одночасно 21 пацієнту виконано двобічну тимпанопункцію, а 9 – шунтування барабанних порожнин. При повторному обстеженні через 3 тижні звукосприйняття нормалізувалось у 27 хворих, а звукопроведення у всіх 30 дітей. Це свідчить про наявність скалярної приглухуватості у 27 пацієнтів із 30 обстежуваних.

Можна констатувати, що результати електрокохлеографії свідчили на користь наявності скалярної приглухуватості у 52 % обстежених.

В той же час, ото акустична емісія не дає змоги верифікувати скалярну приглухуватість при змішаному порушенні слуху, на тлі секреторного отиту. Ми вважаємо, що на сьогодні в разі наявності змішаної приглухуватості і секреторного середнього отиту найбільш інформативною є terapia ex juvantibus – тобто тимпанопункція або шунтування.

© *Г.Е. Тімен, В.М. Писанко, Б.М. Миронюк, Л.І. Кобзарук, 2011*

Г.Є. ТІМЕН, В.П. ЯЦЕНКО, В.М. ПИСАНКО, С.П. ЧУБКО, С.Н. АЛХІМОВА, О.І. ПАЛАМАР (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННІ АНГІОФІБРОМИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

Ангіофіброма основи черепа (АОЧ) є одним із найбільш тяжких захворювань в структурі хірургічної патології ЛОР-органів.

За 20 річний період (09.04.86. по 31.12.10) під наглядом у відділі ЛОР-патології дитячого віку знаходилось 84 дітей з ангіофібромами, що склало 14,8% від всіх хворих з новоутвореннями ЛОР-органів, які знаходились на стаціонарному лікуванні.

Розподіл дітей за віком з ангіофібромою основи черепа був наступним: від 7 до 10 років – 7, від 11 до 13 років – 39, від 14 до 17 років – 37 дітей, 20 років – 1 хворий. Всі пацієнти були чоловічої статі.

Діти звертались із різних регіонів України. Розподіл хворих з діагнозом ангіофіброми основи черепа за територіальною ознакою: найбільша кількість хворих припадає на місто Київ – 8 хворих (не всі з них кияни, але приїжджаючи до родичів в столицю, вони вказували не свою адресу, а місце тимчасового перебування). На другому місці Херсонська область – 7 хворих. На третьому Одеська, Дніпропетровська та Рівненська області по 6 хворих відповідно. Далі йдуть: Черкаська, Донецька області по 5 хворих відповідно. По іншим областям України хворі на АОЧ розподілялись приблизно рівномірно (по2-4 хворих).

Розподіл хворих по стадіям процесу (В.С. Погосов та співавт., 1987): 1 стадія – 7 хворих, 2-16 хворих, 3А – 21 хворий, 3Б – 30 хворих, 4-10 хворих. На жаль більшість хворих госпіталізувалось в пізніх стадіях, що свідчить про поганий стан з ранньою діагностикою хвороби.

У 41 хворого відмічена лівобічна локалізація процесу, у 43 – правобічна локалізація.

Наш досвід попередження інтраопераційної крововтрати: за рахунок емболізації привідної судини (3 хворих) в більшій мірі і дисемінованої емболізації (5 хворих) – в меншій, при оперативному втручанні не пізніше 3-5 діб після оклюзії, зменшує інтраопераційну крововтрату.

Однак, після емболізації привідної судини у хворих виникали головні болі, порушення чутливості в області іннервації трійчастого нерву, трофічні зміни слизової оболонки порожнини роту на відповідній стороні. Інколи ці симптоми достатньо інтенсивні і зберігаються не тільки в перші дні після оклюзії, але інколи декілька місяців. В той же час при дисемінованій емболізації судинної сітки вище вказана патологія практично не зустрічалась.

83 хворим з ангіофібромою основи черепу було проведено оперативне лікування, а одному була призначена променева терапія. В якості основного оперативного доступу виконувалась гайморотомія за Денкером, а у випадках інтракраніального поширення новоутворення (10 спостережень) вона доповнювалась боковим краніофаціальним підходом до основи черепа (останнє виконувалось спільно з нейрохірур-

гом). При трансназальній відсепаровці пухлини інколи використовували мікроринoскопію.

Крововтрата при проведених операціях, в середньому, склала біля 300-400мл. В окремих випадках, загальна кількість втраченої хворими крові під час видалення ангіофіброми носоглотки склала до 1800 мл. Більшість операцій супроводжувались внутрішньовенними трансфузіями, які включали кровозамінники, а по показанням – еритроцитарну масу, цільну кров та компоненти крові.

При пухлині 1 стадії (за класифікацією В.С. Погосов та співавт., 1987) кровотеча, зазвичай, складала 100-200 мл. При пухлині 2 стадії – 300 мл. При 3 стадії – 300-400 мл, при 4 стадії, коли мало місце інтракраніальне поширення новоутворення, то крововтрата може становити в середньому 700-800 мл, а в окремих випадках – до 1800 мл. Також виражені крововтрати можуть бути при поширенні пухлини до передхребтової фасції. В такому випадку пухлина, зазвичай, дуже щільна і погано відсепаровується від навколишніх тканин і крововтрата може сягати до 800 мл, при невеликому розмірі самої пухлини.

В жодному спостереженні не перев'язувались зовнішні сонні артерії.

Після видалення пухлини проводилась ревізія післяопераційної порожнини з наступною її тампонадою марлевим тампоном, змащеним синтоміциновою емульсією, та передньою тампонадою порожнини носу. Хворому накладувалась монокулярна давлюча пов'язка на стороні втручання, а також пращоподібна пов'язка.

Тампони із порожнини носу і трепанаційної порожнини, як правило, видалялись на наступний день. При видаленні тампонів в абсолютній більшості випадків значної крововтрати не спостерігалось.

В післяопераційному періоді хворим призначали: антибактеріальну, дегідратаційну, десенсибілізуючу, симптоматичну терапію, систематичний туалет носу і трепанаційної порожнини з маззю Симановського. При необхідності проводили корекцію водно – електролітного балансу.

Післяопераційний період у всіх хворих протікав гладко.

16 хворих до поступлення у відділ ЛОР-патології дитячого віку було прооперовано по місцю проживання. Вони поступили з рецидивом захворювання.

Результати лікування хворих юнацькою ангіофібромою основи черепа, в термін спостереження від 6 міс. до 20 років, були наступними: синехії, поліпи в трепанаційній порожнині, були відмічені у 7 хворих, у одного хворого був гострий гайморит в післяопераційному періоді 2 рази. Рецидиви новоутворення розвинулись у 16 (19%) хворих. Однократні рецидиви – у 10 хворих, двохкратні у 2 хворих, трьохкратні у 3 хворих, та 4 кратні у 1 хворого.

У одному випадку проводилась променева терапія. Батьки хворого відмовились від оперативного лікування. Хворий пройшов курс променевої терапії (сумарна доза 60 ГР). Після чого спостерігався повний регрес пухлини. Малігнізації пухлини не відмічалось ні в одному випадку.

© *Г.Є. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова, О.І. Паламар, 2011*

Г.Є. ТІМЕН, В.П. ЯЦЕНКО, В.М. ПИСАНКО, С.П. ЧУБКО, С.Н. АЛХІМОВА
(КИЇВ, УКРАЇНА)

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВАННЯ КРОВОВТРАТИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АНГІОФІБРОМИ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

Основна проблема, з якою зустрічаються хірурги, під час видалення ангіофіброми, являється кровотеча.

Для попередження масивної крововтрати під час операції використовуються достатньо складні методи, серед яких: емболізація привідних судин, керована глибока гіпотонія, імбібіція основи пухлини різними розчинами, перев'язка зовнішньої сонної артерії і т. д.

Для прогнозування інтраопераційної крововтрати і визначення методу її запобігання нами проведений аналіз відеозображень ангіофіброми основи черепа (АОЧ) на КТ.

КТ дослідження представляють можливість в сірошкальному градієнті отримати достатньо чітку структурованість тканини пухлини, особливості її топографічного розташування. А поміж тим, виявилось, що можливо використовувати ці дані для оцінки ступеню кровонаповнення пухлини.

Кожний зріз пухлини мав певну градацію сірошкального градієнту, який оцінювався у балах.

При цьому було прийнято, що певна вага кожного балу, який евристично встановлював відповідний відсоток кровонаповнення пухлини.

Бал (q)=1 – слабке кровонаповнення, (q)=2 – помірне кровонаповнення, (q)=3 – повне кровонаповнення, (q)=4 – інтенсивне кровонаповнення.

В залежності від значення показника (q) нами було розроблено наступний алгоритм прогнозування та реабілітаційних заходів при хірургічному лікуванні ангіофіброми основи черепа.

При q=1 та q=2, оперативне втручання може здійснюватись без емболізації судин в передопераційному періоді, а q=3 та q=4 – оперативне втручання не може здійснюватись без емболізації судин в передопераційному періоді.

При q=3 оперативне втручання рекомендовано проводити з попередньою емболізацією судин, та має бути готовність до проведення інфузійної терапії компонентів крові, цільної крові та свіжозамороженої плазми.

При q=4 оперативне втручання потребує обов'язкової попередньої емболізації привідних судин та масивної інфузійної терапії.

Достовірність даної методики показано в нашій клініці при проведенні оперативних втручань з приводу АОЧ, що дає можливість практичним лікарям без складних розрахунків та затрат часу, без залучення спеціалістів із інших галузей, швидко, зручно та достатньо точно прогнозувати можливу крововтрату під час видалення пухлини.

© *Г.Є. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова, 2011*

Ф.О. ТИШКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Останнім часом хірургічні втручання на верхньощелепних пазухах різко скоротилися завдяки широкому застосуванню фармацевтичних препаратів до яких відносяться, в першу чергу, муколептики. В арсеналі лікарських засобів є достатня їх кількість (цинабсин, синупрет та інші), які не тільки зменшують в'язкість слизу, ексудату, але зменшують набряк тканин, що в свою чергу покращують санацію придаточних пазух, покращують активність мукоціліарного кліренсу. Однак, питання пункцій придаточних пазух носа та хірургічного лікування з порядку денного і сьогодні не знято.

Класична гайморотомія майже не застосовується при банальних гайморитах, яка раніше застосовувалися досить широко.

Вона доцільна лише при грубих розповсюджених змінах в слизовій оболонці, викликаних серйозною патологією.

Сьогодні найбільш поширеним хірургічним втручанням є так звана мікрогайморотомія. Для її виконання застосовують троакари та відповідної конструкції хірургічні інструменти. Але введення троакара в порожнину верхньощелепної пазухи через її передню стінку викликає надломи кістки із зануренням цих надломів в порожнину. Ці надломи знаходячись в середині синуса, в процесі регенерації тканин є причиною утворення рубцевих зрощень зі слизовою оболонкою, що викликає утворення різноманітних карманів, заважаючи природній санації пазухи. Є випадки, коли використовують троакаротомію синуса ендоназально через нижній носовий хід. В таких випадках дане втручання вже не можна назвати ощадливим.

Від класичної гайморотомії мікрогайморотомія відрізняється іще і тим, що замість утворення співвустя між верхньощелепною пазухою і порожниною носа через нижній носовий хід, виконується розширення до відповідного рівня природного співвустя або зі сторони верхньощелепної пазухи, або зі сторони порожнини носа. В останньому випадку проводиться втручання в середньому носовому ході з резекцією гачкоподібного відростку. Розширення природного отвору потребує резекції навколишньої кістки та слизової оболонки, що згодом призводить до формування рубцевої тканини, яка звужує реконструйоване співвустя з порушенням міграційної здатності слизової оболонки в майбутньому.

Наявність ендоскопічної оптики дає можливість, застосовуючи класичний підхід до f. canina, виконувати трепанаційне вікно невеликих розмірів, видалити патологічні утворення з максимальним збереженням здорової слизової оболонки.

Дослідивши природне співвустя і переконавшись у відсутності в його області патологічних змін, не доцільно проводити його розширення з причин вказаних вище.

Більш доцільним буде з боку нижнього носового ходу через пункцій-ний отвір ввести в пазуху тимчасово катетер відповідного

діаметру, що дозволить проводити післяопераційну санацію верхньощелепної пазухи без порушення міграційної функції слизової оболонки.

Що стосується м'яких тканин покриваючих область f. canina, то здавлення їх троакаром під час «троакаротомії» не є менш ощадливим методом ніж невеликий розріз слизової оболонки над перехідною складкою ясен. Зрозуміло, що мова йде про обмежений патологічний процес, що не виходить за межі верхньощелепної пазухи.

За останні 3 роки із 5321 пацієнта різної патології в нашій клініці, гайморотомія проведена тільки у 30 (0,56%) хворих.

При поєднаній патології з іншими придаточними пазухами має бути інший підхід. Це вже інша проблема.

Таким чином, досягнення сучасних методів ендоскопічних досліджень придаточних пазух носа, дає можливість раціонально використовувати їх як в діагностиці так і в ощадливих хірургічних втручаннях в область locus morbi.

© *Ф.О. Тишко, 2011*

Ф.О. ТИШКО (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОРТАНІ І ОЩАДЛИВИХ ОПЕРАЦІЙ

Проблеми діагностики захворювань гортані та хірургічних втручань на гортані залежать від особливостей будови статури, форми та розмірів шиї, стану зубощелепної системи та шийного відділу хребта, наявності споріднених захворювань, протипоказань з боку змін інших органів, від будови порожнини гортані та віку – з одного боку.

З іншого боку – це проблеми пов'язані з локалізацією патологічного процесу, його розповсюдженості, характеру змін архітектоніки голосового апарату, ступені компенсації дихання, та післяопераційного періоду.

Третьою проблемою є необхідність відповідної оптики, ендоскопічної апаратури та мікрогортанних інструментів.

Четверта проблема – це ступень володіння мікродіагностикою та мікрохірургічними операціями, рівень професійної лікарської підготовки.

Адже гортань – це орган де тісно переплітаються дві найважніші функції – дихання і голосоутворення і методи діагностики та лікування мають бути ощадливими з максимальним збереженням чи відновленням цих життєвоважливих функцій.

Як правило, ендоскопічні операції на гортані виконуються під загальним знеболюванням без накладання попередньої трахеостоми. І ось тут виникає ще одна проблема. При неможливості, як виявляється інколи, проведення ендоларингіальної операції хірург має володіти екстраларингальними методами для досягнення цієї ж мети не припиняючи ходу оперативного втручання. А це вже пов'язано з необхідністю трахеотомії, або ларінготрахеостомії.

В свою чергу виникають проблеми етичного характеру і післяопераційного періоду. Все це потребує психологічних навичок спілкування з пацієнтом і його близькими.

Діапазон хірургічних втручань залежить від правильності діагностики і володіння хірургічною майстерністю.

За нашими даними до хірургічної патології гортані, тобто тієї патології де медикаментозна терапія не доцільна, відносяться: кератози слизової оболонки як передракової зміни, доброякісні та злоякісні пухлини початкових стадій, мембрани голосових складок, паралітичні стенози і таке інше.

Велике значення має догляд за хворими в післяопераційному періоді. За недостатніх профілактичних мір, направлених на збереження результатів хірургічного втручання, останнє може бути не тільки неефективним, а і мати ряд ускладнень.

Ось чому, хворі після операції на гортані мають деякий час (4-5 діб) знаходитися у відділенні інтенсивної терапії з добре підготовленим персоналом з догляду за такою категорією пацієнтів.

Таким чином, має бути добре відпрацьована поетапність надання допомоги людям з патологією гортані, яка виконує окрім інших функцій, дуже важливу життєзабезпечуючу – дихальну.

© *Ф.О. Тишко, 2011*

В.Н. ТКАЧЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УСТРАНЕНИЯ РЕЗКО ВЫРАЖЕННЫХ СКОЛИОЗА И КИФОЗА НОСА

Известно, что результаты пластической ринохирургии дефектов наружного носа зависят не только от опыта оператора, но и от «многоразличных побочных обстоятельств, а также индивидуальных свойств пациентов» (В.И. Воячек, 1963). Эти обстоятельства и особенности организма нередко приводят к неудовлетворительным результатам ринопластики.

В связи с упомянутым, были осуществлены 9 письменных запросов. Из них получены 5 ответов бывших пациентов (солдат и сержантов срочной службы), которым нами произведены пластические операции – устранение сколиоза (2 человека) и седлообразности (3 человека) наружного носа в 1980-1985 гг. в Киевском окружном военном госпитале.

Сколиоз носа был устранён закрытым способом по методике В.И. Воячека (Ринортоз, 1963) с редрессацией всего костного каркаса и обязательным рассоединением крепления носовой кости к лобной. Один пациент сообщил о сохранении прямого положения носа, другой – о небольшом искривлении («почти незаметном») в исходную сторону. Оба были довольны результатом ринопластики.

Седлообразность носа была устранена с применением сосудистых протезов по разработанному нами способу формирования трансплантата, состоящего из двух сосудов разного диаметра, введённых друг в друга. Это обеспечило достаточную плотность, упругость и необходимую форму наружному носу. Все три пациента очень довольны результатами операции, а один из них успешно работает тренером по боксу и несмотря на нередкие удары по носу, форма его не изменилась.

© *В.Н. Ткаченко, 2011*

В.Н.ТКАЧЕНКО (КИЕВ, УКРАИНА)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

Не описывая клиническую картину и субъективные признаки пяти форм хронического фарингита (простой, субатрофический, атрофический, гипертрофический, смешанный), отметим, что при его обострении клиническая картина и местные субъективные ощущения претерпевают некоторые изменения. Эти изменения нередко приводят к ошибочной диагностике заболевания, затрудняют определение причины его возникновения особенно в первые дни, и как следствие – способствуют неправильному лечению.

Такие случаи часто наблюдаются при обострении хронического фарингита и сопутствующих заболеваниях: ангине или обострении хронического тонзиллита, либо острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Эти заболевания в первые 1-3 дня протекают при почти одинаковых болезненных ощущениях и смазанной клинической картине, затрудняющих диагностику.

Для исключения возможных ошибок приводим дифференциально-диагностические признаки вышеупомянутых заболеваний в виде таблицы. При этом отметим наше несогласие с укоренившейся установкой равенства между ангиной и обострением хронического тонзиллита, т.к. считаем его самостоятельным заболеванием, протекающим при другой клинической картине, продолжительности и тяжести воспалительного процесса.

Дифференциальные признаки в диагностике обострения хронических фарингита, тонзиллита, ангин и острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ)

Основные признаки заболеваний	1. Ангина 2. Обострение хронического тонзиллита 3. ОРВИ	Обострение хронического фарингита

Температура тела	1. Высокая 39°-40° 2. Нормальная или субфебрильная 3. Повышенная до 38°-38,5°	Нормальная или субфебрильная
Недомогание	1. Резко выраженное 2. Отсутствует 3. Выраженное	Отсутствует
Боль в глотке – характер и локализация	1. В первые 1-3 дня боль, усиливающаяся при глотании, сначала на одной стороне, затем – на обеих сторонах. 2. Как при ангине, но значительно слабее. 3. Выражена, жжение, драние, усиливающиеся при глотании, на середине глотки	Боль, жжение, драние выражены, они усиливаются при глотании – на середине или по сторонам глотки
Клиническая картина	1. Незначительная гиперемия и набухлость слизистой оболочки на одной миндалине, ежедневно увеличивающиеся в первые 2-3 дня, и появление легко снимающегося лакунарного налёта, либо нагноившихся фолликулов желтоватого цвета на 3-4 день. 2. Незначительная гиперемия и набухлость одной или обеих миндалин 3. Гиперемия дужек миндалин, задней стенки глотки и мягкого нёба.	Гиперемия слизистой оболочки середины задней стенки, либо боковых стенок (боковой фарингит), или всех стенок глотки (заднебоковой фарингит), с вовлечением «зёрен» лимфаденоидной ткани (гипертрофический фарингит).
Продолжительность заболевания	1. 8-12 дней 2. 3-5 дней 3. 10-12 дней	6-10 дней
Региональный лимфаденит	1. Резко выражен 2. Слегка выражен 3. Слегка выражен	Отсутствует, либо слегка выражен

© *В.Н. Ткаченко, 2011*

В.В. ТОЛЧИНСКИЙ, Н.Г. МИРОНЕНКО (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

РОЛЬ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ

Рак гортани представляет собой весьма распространенную патологию и занимает первое место среди всех злокачественных новообразований верхних дыхательных путей, достигая 70-75% в структуре ЛОР-заболеваний. В настоящее время наиболее распространена для диагностики и оценки результатов лечения данной патологии непрямая ларингоскопия. При этом, по данным Б.К. Поддубного, Н.В. Белоусова, Г.В Унгиадзе (2006), диагностические ошибки при зеркальном осмотре гортани составляют от 1 до 10% в зависимости от локализации и формы роста опухоли.

Целью нашей работы являлось улучшение визуализации опухолевого процесса и разработка способа объективной оценки эффективности лечения больных раком гортани с помощью цифровой и эндоскопической техники.

Материал и методы исследования. Нами в 2008-2010 гг. в ЛОР-клинике ИНВХ им. В.К. Гусака наблюдалось179 больных с гистологически подтвержденным диагнозом рака гортани, мужчин было 175 (97,8%), женщин – 4 (2,2%). По возрасту наблюдаемые больные распределились следующим образом: до 40 лет – 4 (2,2%), от 41 до 50 лет – 23 (12,9%), от 51 до 60 лет – 68 (37,9%), от 61 до 70 лет – 65 (36,4%), старше 70 лет – 19 (10,6%).

Всем больным проводили комплексное обследование (непрямая ларингоскопия, видеоэндоскопия гортани с записью изображения, биопсия опухоли, рентгенография легких, ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи, а также исследования по поводу сопутствующих заболеваний). В группу обследованных больных не вошли пациенты с декомпенсированным стенозом гортани из-за невозможности

проведения адекватного эндоскопического исследования.

При непрямой ларингоскопии были получены следующие данные: с Т1 выявлено 22 (12,4%) пациента, с Т2 – 34 (18,9%), с Т3 – 87 (48,6%) и с Т4 – 34 (18,9%). Сочетанное поражение вестибулярного и среднего отделов гортани имелось у большинства больных – 78 (43,6%). Опухоль локализовалась в среднем отделе гортани у 27 (15,1%) пациентов. Поражение вестибулярного отдела гортани выявлено у 18 (10,1%) больных. Опухоль располагалась в складочном и подскладочном отделах у24 (13,4%) пациентов. Поражение всех трех отделов гортани было диагностировано в 32 (17,8%) случаях. У большинства больных имели место эндофитная – 83 (46,4%) и смешанная – 55 (30,7%) формы роста опухоли, экзофитный характер роста выявлен у 41 (22,9%) пациента.

На заключительном этапе комплексного обследования больных проводили видеоэндоскопию гортани. При необходимости выполняли биопсию сомнительных участков гортани со срочным гистологическим исследованием. В дальнейшем сопоставляли полученную с помощью непрямой ларингоскопии визуальную информацию о первичной опухоли гортани с данными видеоэндоскопии. При этом в первую очередь оценивали распространенность первичной опухоли.

Результаты и обсуждение. Новые данные о распространенности первичной опухоли получены у 71 (39,7%) из 179 больных. У 48 (67,6%) из 71 пациента в ходе видеоэндоскопии гортани диагностирована большая распространенность опухолевого процесса, а у 23 (32,4%) – меньшая. В некоторых случаях – у 19 (10,6%) больных – данные эндоскопического исследования гортани позволили по-другому оценить распространение поражения по отделам гортани. Из них у 13 (7,3%) пациентов выявлена большая распространенность опухоли в вестибулярном отделе гортани и меньшая в среднем отделе, у 6 (3,4%) – наблюдалась обратная ситуация. У 21 (11,7%) больного полученные в ходе видеоэндоскопии гортани данные обусловили изменение объема хирургического пособия. В 9 (5,0%) случаях вместо планируемой фронтальной резекции гортани выполнена фронтолатеральная субтотальная резекция гортани. У 5 (2,8%) пациентов ларингэктомия заменена резекцией гортани. В 7 (3,9%) случаях в связи с уточнением распространенности опухолевого процесса вместо запланированной резекции гортани выполнена ларингэктомия.

Выводы. Видеоэндоскопия гортани имеет несомненную диагностическую и лечебную ценность, она позволяет значительно снизить процент расхождения дооперационных и интраоперационных находок.

© *В.В. Толчинский, Н.Г. Мироненко, 2011*

В.В. ТОЛЧИНСКИЙ, Е.Н. ТРОФИМОВА (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ЭНДОНАЗАЛЬНЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА

Медикаментозный ринит (МР) – это хронический неаллергический ринит, возникающий вследствие применения лекарственных препаратов, вызывающих вазоконстрикцию в слизистой оболочке (СО) полости носа. Частота МР по данным литературы составляет от 1% до 6,7% в группе пациентов с затрудненным носовым дыханием (N.M. Kushnir, 2009). В результате снижения чувствительности α-адренорецепторов, которые становятся менее восприимчивы к эндогенному норадреналину при длительном использовании сосудосуживающих капель, развивается вторичная неконтролируемая вазодилятация (Н.А. Арефьева и соавт., 2003). При МР отмечены изменения во всех структурах СО носа: потеря ресничек мерцательным эпителием, метаплазия эпителия в многослойный плоский, гиперплазия желез и повышение продукции слизи, лимфоплазмоцитарная инфильтрация, а также ультраструктурные изменения в эндотелии капилляров, что приводит к повышению проницаемости и развитию отека СО (P. Graf , 2005; S. Knipping et al., 2006; N.M. Kushnir, 2009). Применяемый нами для лечения МР эндоназальный кортикостероид (ЭКС) мометазона фуроат («Назонекс») обладает противовоспалительным действием, стабилизирует биологические мембраны, уменьшает капиллярную проницаемость, что способствует купированию симптомов МР.

Целью нашей работы являлось изучение эффективности эндоназального кортикостероида мометазона фуроата при медикаментозном рините.

Материалы и методы. Нами в 2007-2009 годах «Назонекс» был назначен 150 пациентам с МР. Из них – 66 мужчин, 84 – женщины; возрастные границы – 19-64 года.

«Назонекс» назначали в первые 10 дней лечения по 2 впрыскивания (по 50 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (общая суточная доза – 400 мкг), затем – по 2 впрыскивания (по 50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (общая суточная доза – 200 мкг) в течение 14 дней, затем – по 1 впрыскиванию (по 50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (общая суточная доза – 100 мкг) в течение 1 месяца. Оценка эффективности лечения проводилась через 1 неделю, 1 и 6 месяцев после назначения аэрозоля «Назонекс» на основании субъективной характеристики симптомов МР пациентом, передней риноскопии, эндоскопического осмотра полости носа.

Полученные результаты и их обсуждение. У 122 (81,3%) пациентов отмечено субъективное и объективное исчезновение симптомов МР или значительное уменьшение их выраженности. Эти больные отказались от использования деконгестантов после первой недели лечения. При эндоскопическом осмотре полости носа отмечались уменьшение объема нижних носовых раковин и количества отделяемого в полости носа. Положительные клинические результаты, отмеченные через одну неделю лечения, сохранялись в течение 6 месяцев наблюдения.

У 21 (14 %) пациента после отмены аэрозоля «Назонекс» наблюдался рецидив заболевания. Этим больным длительность лечения мометазоном фуроата была увеличена до 3-4 месяцев, что привело к достижению стойкого результата. Субъективное и объективное улучшение носового дыхания, отказ от сосудосуживающих капель отмечены у всех наблюдаемых этой группы в течение 6 месяцев.

Семи пациентам (4,6%) в связи с неэффективностью консервативного лечения были произведены подслизистые вазотомии и конхопексии нижних носовых раковин.

Выводы. Эндоназальный кортикостероид мометазона фуроат (аэрозоль «Назонекс») является эффективным способом лечения МР и позволяет избежать оперативного вмешательства у таких пациентов.

© *В.В. Толчинский, Е.Н. Трофимова, 2011*

В.И. ТРОЯН, А.Н. КОСТРОВСКИЙ, И.А. СИНАЙКО, Е.В. ЛОБОВА
(ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)

СОСТОЯНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ В ЩИТОВИДНОМ ХРЯЩЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ I-II СТАДИЙ

Проведение органосохраняющих вмешательств по поводу злокачественных новообразований гортани I-II стадий в 15-25% сопровождается послеоперационными осложнениями в виде хондро-перихондрита гортани, что затрудняет своевременно проводить послеоперационный курс лучевой терапии. Проведение традиционных лечебных мероприятий не всегда достаточно эффективно, что на наш взгляд обусловлено отсутствием патогенетически обоснованных схем лечения больных с данной патологией.

Как известно, щитовидный и перстневидный хрящи гортани относятся к гиалиновым и состоят из хрящевой ткани и надхрящницы. В надхрящнице выделяют два слоя: наружный – фиброзный и внутренний – клеточный или камбиальный (ростковый). В фиброзном слое располагается сеть кровеносных сосудов. Опорная биомеханическая функция хрящевых тканей при сжатии-растяжении обеспечивается не только строением ее волокнистого каркаса, но и наличием гидрофильных протеогликанов с высоким уровнем гидратации (65-85%). Высокая гидрофильность межклеточного вещества способствует диффузии питательных веществ, солей. Газы и многие метаболиты также свободно диффундируют через него.

Таким образом, надхрящница, как составная часть хряща, обеспечивает трофикой бессосудистую хрящевую ткань и обеспечивает регенерацию хрящевой ткани при ее повреждении. В пожилом и старческом возрасте в глубоких слоях гиалинового хряща отмечается отложение солей кальция (омеление хряща), прорастание в эту область сосудов, а затем замещение обызвествленной хрящевой ткани костной тканью (оссификация).

Таким образом, контроль и коррекция состояния микрогемоциркуляции (МГЦ) в надхрящнице обеспечивающей трофическую функцию при регенерации щитовидного хряща в послеоперационном периоде имеет решающее

прогностическое значение для профилактики возникновения хондроперихондрита.

Объектом клинического исследования стали 12 пациентов раком гортани I-II стадий, которым проводились резекции гортани и изучалось состояние МГЦ надхрящницы щитовидного хряща до рассечения хряща методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ). Определялись следующие показатели ЛДФ: показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратичное отклонение ПМ, коэффициент вариации ПМ, нормированные амплитуды нейрогенного, миогенного, дыхательного и сердечного диапазонов, показатель шунтирования. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования метода ЛДФ для исследования МГЦ надхрящницы, что позволит обнаружить определенные изменения в кровоснабжении надхрящницы щитовидного хряща у больных перенесших резекцию гортани и возможности их коррекции. Исследования планируется продолжать.

© *В.И. Троян, А.Н. Костровский, И.А. Синайко, Е.В. Лобова, 2011*

А.Е. ФЕДОРЕНКО, В.П. БОЛТОНОСОВ, О.А. ЦЫБУЛЯ, Е.В. ЩЕРБАК
(ДОНЕЦК, УКРАИНА)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙЙ

Травматические повреждения барабанной перепонки занимают значительное место в общей структуре патологии среднего уха у детей. Наличие стойкой перфорации является одной из ведущих причин возникновения хронических отитов.

Цель исследования. Изучить динамику восстановления барабанной перепонки после травмы, установить частоту поражения звукопроводящего аппарата, оптимизировать лечебную тактику.

Материалы и методы. В 2005-2010 гг. в ЛОР-отделении ОДКБ г. Донецка нами наблюдались 47 детей с посттравматическими разрывами барабанной перепонки. Возраст детей варьировал от 2 до 14 лет (средний возраст – 6,2 года), из них 28 (59,6%) – девочки, 19 (40,4%) – мальчики. Всем больным производилось стандартное исследование ЛОР-органов, микроотоскопия, тональная пороговая аудиометрия.

Результаты и обсуждения. Наиболее частой причиной травматического повреждения барабанной перепонки у детей являлись неосторожные манипуляции родителей при туалете уха – 22 (46,8%), вклинение инородного тела в барабанную полость – 5 (10,6%), удар по уху – 15 (31,9%), травматический разрыв меатальной мембраны при черепно-мозговой травме – 3 (6,4%), ятрогенное повреждение барабанной перепонки – 2 (4,3%). Основными жалобами являлись боли в ухе и снижение слуха, которые отмечали все пациенты. На шум и звон в ушах жаловались 29 (61,7%) пациентов, ощущение заложенности в ухе – 35 (74,5%), головокружение – 18 (38,3%). В момент травмы кровотечение из уха отмечалось у 32 (68,1%) пострадавших, у 11 (23,4%) детей, обратившихся через 3-5 дней после травмы, имелись гнойные выделения из уха.

При микроотоскопии были выявлены следующие виды перфораций барабанной перепонки: центральный дефект в передних отделах наблюдался у 22 (46,8%) детей, центральный дефект в заднее-нижнем квадранте – 13 (27,7%), субтотальный дефект барабанной перепонки – 8 (17,0%), центральный дефект в переднее-верхнем квадранте у 4 (8,5%). В ранние сроки после травмы перфорация имела треугольную форму с неровными контурами, по краю которой отмечались кровоизлияния. Слизистая оболочка барабанной полости была розового цвета, патологическое отделяемое отсутствовало, отмечалось наличие свободного подвижного лоскута барабанной перепонки. При анализе тональных пороговых аудиограмм отмечено, что у всех пациентов имела место кондуктивная тугоухость различной степени выраженности.

Закрытие перфорации при травматическом разрыве барабанной перепонки осуществлялось в 1-е сутки с помощью аутопластики свободным лоскутом барабанной перепонки. Операция выполнялась под местной анестезией после тщательной анемизации слизистой барабанной полости. Производилась вакуум-экстракция лоскута поврежденной барабанной перепонки из тимпанальной полости на место его нормальной дислокации в тимпанальном кольце. Для надежной фиксации свободного лоскута в проекции перфорации барабанной перепонки, купирования болевых ощущений и для улучшения репаративных процессов, на 3-4 дня производилась тампонада слухового прохода с препаратом «Диоксизоль» (противомикробное

средство и местный анестетик). В послеоперационном периоде все пациенты получали курс инфракрасной лазеротерапии с использованием аппарата Scouner IM-1, комплекс противовоспалительной терапии.

Сроки наблюдения составили от 3 до 6 месяцев. При контрольном осмотре перфорация барабанной перепонки закрылась полностью у 33 (70,2%) детей. У 12 (25,5%) – сформировался соединительнотканный рубец в центральных отделах барабанной перепонки, у 2 (4,3%) – сохранилась перфорация барабанной перепонки. При контрольном обследовании показатели тональной и пороговой аудиометрии нормализовались у 45 (95,7%) детей.

Выводы. Травматический разрыв барабанной перепонки сопровождался кондуктивной тугоухостью, которая регрессировала у 45 (95,7%) детей. Ранняя аутопластика свободным тимпанальным лоскутом является эффективным способом закрытия дефекта барабанной перепонки. Применение инфракрасной лазеротерапии при лечении травматических отитов значительно улучшает репаративные процессы.

© *А.Е. Федоренко, В.П. Болтоносов, О.А. Цыбуля, Е.В. Щербак, 2011*

С.В. ФИЛИМОНОВ, В.Н. ФИЛИМОНОВ, В.Г. БОРОДУЛИН
(САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ)

О НЕОБХОДИМОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТИМПАНОТОМИИ В СЛУЧАЯХ НЕЯСНОЙ ТУГОУХОСТИ

По мнению ряда авторов, эксплоративная тимпанотомия является наиболее эффективным методом диагностики внезапной тугоухости неясного генеза (И.Б.Солдатов, 1975; О.К. Патякина, Ю.К.Янов, В.И.Егоров, 2000; Myer et al, 1989 и др.) в ближайшие после ее появления сроки (7-10 дней).

В более отдаленном периоде от нескольких месяцев до полугода, эффективность слуховой коррекции при диагностическом вмешательстве считается сомнительной. Это связано с многими факторами (разрыв мембраны круглого окна с истечением перилимфы, организованными рубцами, сосудистые нарушения во внутреннем ухе и др.), которые приобретают необратимый характер.

Однако диагностическая тимпанотомия в поздние сроки доказывает свою необходимость и состоятельность при смешанном характере тугоухости, даже при повышении порогов костной проводимости до 40-50 дБ. Нередко такие расстройства связаны с костной или рубцовой блокадой круглого окна, устранение которой при оперативном вмешательстве во время диагностической тимпанотомии может приводить к значительному улучшению слуховой функции.

В течение 3х лет нами обследовано 12 больных со смешанной тугоухостью различного генеза, которым были выполнены диагностические тимпанотомии. В 9 случаях (75%) получено значительное улучшение слуховой функции, а в 3 случаях (25%) слух остался на прежнем уровне.

Приводим клиническое наблюдение. Больная Ш., 38 лет перенесла острое респираторное заболевание с обильной ринореей, чиханием, заложенностью правого уха. Через два месяца после перенесенного ОРЗ, на фоне полного здоровья во время прогулки на улице больная ощутила резкий щелчок в правом ухе, после чего слух исчез. Больная обратилась за помощью в специализированное отиатрическое лечебное учреждение, где был поставлен диагноз сенсоневральной тугоухости и проведен курс консервативной терапии. Через два года, пациентка обратилась в ЛОР-клинику СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, где была выявлена смешанная тугоухость. Слух ШР = ad concham, РР = 2 м. При камертональном исследовании опыт Вебера с латерализацией в лучше слышащее ухо, опыт Ринне сомнителен, опыт Желле положителен. Тональная аудиограмма нисходящего типа с повышением порогов костного и воздушного восприятия от 30 до 60 дБ по тонскале, небольшой костно-воздушный интервал 10-15 дБ на низких и средних частотах. При диагностической тимпанотомии была обнаружена тимпаносклеротическая блокада круглого окна, деформация ниши круглого окна и спайки, незначительные спаечные тяжи в области наковальни и стремени. Было произведено удаление рубцовой ткани, однако улучшения слуха не наступило. После раскрытия ниши круглого окна и удаления тимпаносклеротических масс получено восстановление слуха до ШР = 6 м, РР > 6 м. Динамическое наблюдение в течение 1 года с определением уровня восприятия шепотной, разговорной речи и аудиометрическим контролем не отметила ухудшения полученного результата у больной.

Описанный случай подтверждает вышесказанное, что при внезапной односторонней

смешанной тугоухости, даже при нисходящем типе кривой, и значительной давности заболевания, диагностическая тимпанотомия, в ряде случаев, дает возможность уточнить характер патологических изменений барабанной полости и успешно их устранить. Максимальное внимание при этом должно быть обращено на изменения в области ниши круглого окна.

© *С.В. Филимонов, В.Н. Филимонов, В.Г. Бородулин, 2011*

И.М. ХРАПКО, С.А. ХРАПКО (ДОНЕЦК, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНИК КОРРЕКЦИИ КОСТНОГО СВОДА ПРИ ЧРЕЗМЕРНОМ РАЗВИТИИ ЧЕТЫРЕХУГОЛЬНОГО ХРЯЩА

Как посттравматические, так и наследственные деформации носовой перегородки часто сочетаются с деформациями наружного носа.

Различные травмы, даже родовые травмы носа часто служат причиной разнообразных искривлений носовой перегородки и боковых смещений спинки носа. Наличие в анамнезе травмы не всегда легко установить – она могла произойти в раннем возрасте и остаться незамеченной. Деформации носа могут также формироваться без выявленной причины, вероятно, в результате роста и развития лицевого черепа и структур носа в условиях затрудненного носового дыхания.

Носовая перегородка и наружный нос состоят из разных в структурном отношении тканей, рост которых происходит неравномерно, т.к. рост хрящевого скелета не всегда соответствует росту костного. Во время травм в детском периоде могут быть затронуты зоны роста хряща, что служит причиной ускоренного роста четырехугольного хряща, и приводит к его чрезмерному развитию.

В данном сообщении рассматриваются особенности хирургических техник при «вытянутом» носе. Анатомической сущностью этой нередко встречающейся деформации является избыточный рост хряща перегородки в саггитальном направлении, что приводит к смещению кпереди всей носовой «треноги». Составляющими данной деформации являются:

- увеличенная проекция кончика носа;
- дисгармония колонны и крыльев (колонна смещена книзу);
- высокая спинка носа (преимущественно за счет хрящевой части);
- сглаживание носоверхнегубного угла.

При риноскопии обнаруживается избыток четырехугольного хряща. Это может выражаться в том, что вся перегородка смещена в одну сторону, четырехугольный хрящ подворачивается в нижних отделах, либо «сворачивается в трубочку». Клинически может наблюдаться ложная горбинка, представленная избытком четырехугольного хряща, либо девиация хрящевого отдела пирамиды носа. У большинства таких пациентов наблюдается девиация всей пирамиды носа, включая костную часть.

Если искривление носовой перегородки сочетается с девиацией пирамиды носа и чрезмерным развитием четырехугольного хряща, дефект должен быть устранен одномоментно с операцией на носовой перегородке.

В подобных случаях производится операция на перегородке носа, в результате которой не только устраняются искривляющие участки хряща и кости, но и весь четырехугольный хрящ уменьшается в размерах. Устраняется удлинение в сагитальном направлении и девиация хрящевой части при помощи выкраивания лампасовидных полосок по всей длине хряща. Но нередко в таких случаях сохраняется девиация в костной части.

В основе оперативных техник, применяемых для устранения искривления костного отдела пирамиды носа, лежат различные способы мобилизации костей носа. Вмешательство на костной пирамиде носа весьма травматично, даже если речь идет о чрезкожной остеотомии, в любом случае целостность кости нарушается.

В настоящее время особое внимание уделяется так называемым недеструктивным, малотравматичным технологиям, позволяющим изменять форму носа без разрушения естественных анатомических взаимоотношений костно-хрящевой опоры для обеспечения наиболее надежного и предсказуемого результата.

Во многих случаях возможно добиться элегантной коррекции, создавая зрительные иллюзии путем изменения пропорций носа или путем трансплантации. При девиациях первой степени и тонких и узких носовых костях достаточно применять камуфляж с помощью хрящевых трансплантантов. Искривленный нос можно «выпрямить» тщательно подогнанными хрящевыми трансплантантами, накладываемыми на спинку носа или вдоль нее. Это находится в соответствии с функциональными соображе-

ниями по соблюдению разумного консерватизма при операциях, связанных с уменьшением полости носа.

Целью современной коррекционной ринохирургии является минимизация хирургической травмы при достижении более долговременого предсказуемого результата. Малотравматичные техники должны быть частью арсенала всех хирургов, оперирующих на носовой перегородке.

© *И.М. Храпко, С.А. Храпко, 2011*

А.В. ЦИМАР (ЛЬВІВ)

ДО ПИТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ

За даними ВООЗ, захворюваність на хронічний гнійний середній отит у різних країнах становить від 0,1 до 4,6 % і спостерігається тенденція до зростання цієї патології. Практично завжди паралельно з хірургічним лікуванням пацієнтам призначають краплі з антибіотиками. І якщо раніше достатньо широко застосовувалися краплі з аміноглікозидами, то зараз їх застосування обмежене через ототоксичність. Вушні краплі з фторхінолонами є повноцінною і ефективною альтернативою аміноглікозидам, переконливі докази чого отримані в рандомізованих контрольованих дослідженнях. В даний час краплі з фторхінолонами є препаратами вибору для лікування хронічних інфекцій середнього вуха, і вони широко використовуються в інших країнах.

Провідними збудниками хронічного середнього отиту є Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus і грам (-) мікроорганізми (переважно протей). Найбільш частим мікроорганізмом, що виділяється у пацієнтів з хронічним середнім отитом, є синьогнійна паличка, яка особливо важко піддається ерадикації. Крім того, достатньо швидко розвивається резистентність даного мікроорганізму до антибактерійних препаратів. Хоча краплі з аміноглікозидами, особливо гентаміцином, достатньо ефективні при синьогнійній інфекції середнього вуха, результати досліджень виявили ототоксичність і ураження вестибулярного апарату при місцевому застосуванні гентаміцину. Сучасні дослідження встановили, що краплі з ципрофлоксацином є ефективніші від інших місцевих препаратів, які застосовувалися для лікування хронічного гнійного середнього отиту (оцінювалася і клінічна, і мікробіологічна ефективність, тобто ерадикація збудника). Окрім цього, доведено, що місцеве застосування антибіотиків при хронічному гнійному середньому отиті ефективніше, ніж призначення системних антибактерійних препаратів. Результати досліджень місцевих фторхінолонів на тваринах і у людини не виявили у даних препаратів ототоксичних властивостей.

Серед фторхінолонів високу активність проти синьогнійної палички та золотистого стафілокока має ципрофлоксацин. Не дивлячись на те, що призначення системних фторхінолонів дітям є протипоказом, через гальмування розвитку хрящової тканини, результати останніх досліджень показали безпеку застосування місцевих фторхінолонів в педіатрії. Враховуючи, що ципрофлоксацин широко призначається в офтальмології, при деяких інфекціях дихальних шляхів та шлунково-кишкового тракту, додаткове застосування його в оториноларингології навряд чи внесе відчутний внесок до розвитку антибіотикорезистентності мікроорганізмів. Терапевтична доза місцевого ципрофлоксацина при місцевому застосуванні дозволить провести ефективну ерадикацію синьогнійної палички, що зменшить проблему резистентності, пов'язану із застосуванням менш активних антибіотиків.

© *А.В. Цимар*

А.В. ЦИМАР, В.М. ПУШКАРЬОВА (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ АДЕНОЇДИТУ

Глотковий мигдалик у дітей є скупченням лімфаденоїдної тканини, звідки відбувається міграція лімфоцитів в слизову оболонку і підслизову основу верхніх дихальних шляхів, формуючи місцевий імунітет. Описані процеси завершуються переважно до п'ятирічного

віку дитини. Якщо аденотомію у дітей виконують до цього віку, то в них частіше виникають риніти, синусити, більш виражені атопічні прояви у разі схильності дитини до алергії. Відомо, що діти з атопічним дерматитом в анамнезі, у яких були видалені аденоїди до 5 років, набагато частіше хворіють на бронхіальну астму. Багато лікарів вважають II ступінь гіпертрофії глоткового мигдалика станом, що вимагає хірургічного втручання, тоді як насправді такі розміри можуть бути нормальними для дітей раннього віку. Таким чином, до питання хірургічного лікування аденоїдів необхідно підходити дуже індивідуально, адже при їх видаленні не усувається власне причина захворювання, а тільки компенсаторно збільшений імунний орган.

За іншими даними, аденоїдит зустрічається майже у половини (43,8%) дітей дошкільного віку. Одна з можливих причин цього – бактерійна інфекція глоткового мигдалика. Мікробіологічний склад носоглотки при аденоїдиті достатньо різноманітний. Останніми роками з'являються відомості про домінуючу роль H. influenzae, St. pneumoniae, M. catarrhalis в патогенезі гіпертрофії і запальних змін глоткового мигдалика. За даними ряду авторів (A. V. Talaat і співавт.; 1989; G. Cantella і співавт., 1989), інфекційний чинник впливає на ступінь гіпертрофії аденоїдних вегетацій. Разом з тим, за іншими даними, відмінностей в показниках мікробіологічних досліджень носоглотки хворих і здорових дітей не існує. Є також дані про відсутність патогенних мікроорганізмів в лімфаденоїдній тканині в умовах гострого запалення. Неоднозначна думка про роль грибкової флори в патогенезі гіпертрофії і запаленні тканини глоткового мигдалика. Аденоїдні вегетації можуть бути результатом інфекційно-запального процесу в порожнині носа, що залучає тканину глоткового мигдалика. У такому разі інфекційний процес можна лікувати за умови виявлення збудника і підбору адекватної антибактеріальної терапії. Починати консервативне лікування рекомендується з елімінаційної терапії, що сприяє очищенню порожнини носа і носоглотки від патологічного вмісту. Для цього використовуються сольові розчини, муколітичні препарати (при густому і в'язкому секреті). Після цього застосовуються антисептичні засоби і /або препарати для місцевої антибактерійної терапії. Антимікробні засоби місцевого застосування на слизову оболонку можуть призначатися як частина комбінованого лікування, так і у вигляді монотерапії.

Нами було проліковано 50 дітей, віком від 3 до 7 років з гострим (загостренням хронічного) аденоїдитом. Хлопчиків – 26 (52%), дівчаток – 24 (48%). Вік дітей коливався від 3,5 до 7 років. Всім хворим проводились:

- оцінка скарг та анамнезу захворювання;
- ЛОР-огляд, включаючи ендоскопію порожнини носа і носоглотки;
- об'єктивна оцінка стану еквіпресорної функції слухової труби (акустична імпедансометрія);
- мікробіологічне дослідження ексудату лімфоїдної тканини носоглотки.

До початку лікування всі хворі або їх батьки відзначали скарги на закладеність носа, наявність виділень (або з порожнини носа, або по задній стінці глотки), кашель, зниження слуху різного ступеня вираженості.

При ендоскопічному огляді визначалися скупчення патологічного ексудату в задніх відділах порожнини носа і носоглотці, виділення з порожнини носа, а частіше – стікання слизово-гнійних виділень по задній стінці глотки (з розвитком вторинного фарингіту). У 4 (8%) дітей аденоїдит супроводжувався ексудативним середнім отитом (ЕСО) (тимпанограма типу В). У 12 дітей визначалася тимпанограма типу С. Особливо це актуально для дітей дошкільного віку, які не скаржаться на зниження слуху (а больовий синдром при ЕСО, як правило, не виражений).

У 19 (38%) дітей була виявлена нормальна флора, у 31 (62%) – умовно-патогенна, зокрема S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis, S. aureus, S. pyogenes, як монокультури, або в комбінаціях в кількості 105-107 КУО.

Полівалентний піобактеріофаг призначали для промивання носоглотки 2 рази на день по 1-3 мл в кожну ніздрю після елімінаційної процедури (сольовим розчином). Піобактеріофаг полівалентний має здатність специфічно здійснювати лізис відповідних фагу мікроорганізмів. Призначений для профілактики і лікування різних форм гнійно-запальних і ентеральних захворювань, викликаних чутливими до нього збудниками.Тривалість курсу лікування складала 10 днів. Аналіз результатів застосування препарату через 1 міс виявив наступне.

Вже з 3-5-о дня використання препарату вираженість симптомів зменшилася майже удвічі, а до 10-о дня була мінімальною. Найдовше відновлювалася еквіпресорна функція слухової труби – до 1 міс. Важлива зміна ступеню гіпертрофії аденоїдної вегетації. До початку лікування у 32 дітей (64%) виявлені аденоїди 2-го ступеня, у 18 дітей (36%) – аденоїди 3-го ступеня. Після курсу лікування у 5 дітей (10%) аденоїди скоротилися до 1-го ступеня, а аденоїди

3-го ступеня визначалися тільки у 7 дітей (14%). Таким чином, на підставі отриманих даних (результатів клінічного огляду), а також опиту пацієнтів та їх батьків можна зробити висновки, що полівалентний піобактеріофаг є ефективним і безпечним препаратом для лікування аденоїдиту у дітей, виражений клінічний ефект відзначається на 5-7-у добу від початку лікування препаратом.

Відсутність побічної дії під час лікування дозволяє рекомендувати полівалентний піобактеріофаг як ефективний засіб для місцевої терапії гострого аденоїдиту і в більшості випадків уникнути хірургічного втручання.

© *А.В. Цимар, В.М. Пушкарьова, 2011*

И.Э. ЧЕРНЫШЕВА (ОДЕССА, УКРАИНА)

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 терапевтических 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 беталактамных антибиотиков предпочтительны макролиды, которые отличаются низкой ток-

сичностью 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.

© *И.Э. Чернышева, 2011*

С.В. ЧЕРНЫШЕНКО, Т.А. ДУРЯГИНА, Э.Н. РАМАЗАНОВ, С.Н. МАЗЛУМЬЯНЦ
(СИМФЕРОПОЛЬ, УКРАИНА)

КЛИНИКА «GENESIS». СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ

Усовершенствование хирургических методик, использование современной аппаратуры и препаратов, достижения в области анестезиологии предоставляют больше возможностей для применения различных хирургических методов лечения и позволяют расширить диапазон симультанных операций, когда ликвидируются сразу несколько патологических состояний структур уха, горла и носа в один заход пациента в операционную. Боль в послеоперационном периоде, дискомфорт в послеоперационной области, страх перед повторным хирургическим вмешательством может привести к негативному отношению самого пациента и окружающих и, в конечном итоге, к поздней обращаемости к врачу. Все это подчеркивает важность тщательного выбора хирургической тактики и адекватного анестезиологического обеспечения симультанных операций.

Клиническое объединение «Genesis» – негосударственное медицинское учреждение. Образовано в 1993 году. Предоставляет следующие виды медицинских услуг: индивидуальные и семейные роды, эндоскопическая и традиционная хирургия, гинекология и лечение бесплодия, урология, артрология – травматология, терапия, оториноларингология, эндокринология, флебология, проктология, офтальмология, невропатология, стоматология, гастроэнтерология, ультразвуковая и лабораторная диагностика. Уровень и качество предоставляемых медицинских услуг подтверждены аккредитацией клиники Министерством здравоохранения Украины на высшую категорию. Согласно статистическим данным вот уже третий год подряд клиника входит в число лидеров национального рейтинга медицинских учреждений Украины, причем – в первую десятку. По итогам 2010 г. среди 350 000 частных медицинских предприятий Украины, клиника «Genesis» заняла 4 место.

В нашей клинике работают свыше полутысячи врачей первой и высшей категорий, кандидаты и доктора медицинских наук. Все они проходили обучение и практику в клиниках Украины, России, Франции, Германии, Австрии, Канады, США.

Объединение имеет современно оснащенную поликлинику, специализированные операционные блоки, палаты интенсивной терапии, оборудованные по последнему слову техники, уютный стационар. Операционные блоки и реанимация хирургических отделений КО «Genesis» оснащены по последнему слову техники: видеооборудованием и инструментарием для выполнения эндоскопических операций, увеличительных систем (лупа налобная хирургическая), системами наркоза и послеоперационного контроля.

Учитывая все выше перечисленное, в клинике широко используется симультанное проведение операций не только на ЛОР-органах, но и совместно с челюстно-лицевыми хирургами, травматологами, урологами, гастрохирургами, офтальмологами.

Операции осуществляются эндоскопическим и открытым способом. Особенно широко применяются методы малоинвазивной эндоскопической хирургии с использованием лазерного, радиоволнового и ультразвукового воздействия на ткани, что позволяет снизить травматичность и кровопотерю при операции, создать высокий косметический эффект и ускорить реабилитацию пациентов после перенесенной операции.

В отделении оториноларингологии в 2010 г. произведены следующие симультанные операции:

- резекция перегородки носа + аденотомия;
- резекция перегородки носа + эндоскопическая гайморотомия;
- резекция перегородки носа + эндоскопическая полипоэтмоидотомия;

- резекция перегородки носа + ринопластика (по открытому и закрытому типу);
- резекция перегородки носа + вмешательства на носовых раковинах (задняя нижняя конхотомия, латеропозиция и вазотомия нижних носовых раковин);
- резекция перегородки носа + увулопалатинопластика;
- резекция перегородки носа + эндоскопическая фронтотомия;
- резекция перегородки носа + эндоскопическая пансинусотомия.
- Совместно с коллегами других отделений произведены:
- артроскопия + резекция перегородки носа;
- удаление металлоконструкции конечности + резекция перегородки носа;
- циркумцизиа + резекция перегородки носа;
- пластика стенки орбиты титановой пластиной + эндоскопическая гайморотомия.
- грыжесечение + резекция перегородки носа;
- удаление доброкачественных новообразований кожи + резекция перегородки носа;
- удалении кист и гранулем корней зубов + эндоскопическая гайморотомия;

В зависимости от объема операции мы используем различные методы обезболивания: общий эндотрахеальный наркоз, местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия), нейролептаналгезия. Для профилактики послеоперационных воспалительных осложнений мы используем антибиотики широкого спектра действия; антигистаминные препараты, деконгестанты, противовоспалительные средства, антигомотоксические препараты.

Учитывая наш опыт проведения симультанных операций можно отметить ряд медицинских и социально-экономических преимуществ:

1. Сокращение сроков пребывания пациентов в клинике (средняя длительность 2-3 дня).
2. Избавление больного от психоэмоциональной напряженности, повторных госпитализаций, операций и дополнительного анестезиологического риска.
3. Снижение материальных затрат на обеспечение симультанных операций и реабилитационного периода.

Работа клиники «Genesis» – яркая иллюстрация того, что главное в жизни – заниматься любимым делом. И когда трудишься в коллективе единомышленников-профессионалов, рядом с опытными и талантливыми специалистами, каждый день приносит радость, удовлетворение и стремление двигаться вперед, постигать новое. Весь опыт, знания и профессионализм врачи клинки всегда готовы отдать своим пациентам, на благо их здоровья.

© *С.В. Чернышенко, Т.А. Дурягина, Э.Н. Рамазанов, С.Н. Мазлумьянц, 2011*

Р.Т. ЧОРТКІВСЬКИЙ, В.А. ЛЕВЧУК, Д.В. БЕРЕГОВИЙ, В.Г. КОРИЦЬКИЙ, В.А. БАШИНСЬКИЙ, І.М. ГОМЗА
(ЧОРТКІВ, КРЕМЕНЕЦЬ, ВОЛОЧИСЬК, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)

СЕПТОФІТ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

Хронічний фарингіт представляє собою хронічне запалення слизової оболонки горла. Він поділяється на катаральний, гіпертрофічний і атрофічний. Найлегше перебігає хронічний катаральний фарингіт. Для його лікування застосовуються місцеві засоби: полоскання, інгаляції чи пульверизації, змащування горла лікарськими середниками. У вітчизняній оториноларингології відсутні відомості про використання препарату Септофіт в місцевому лікуванні хронічного катарального фарингіту.

Ми застосували Септофіт для місцевого лікування хронічного катарального фарингіту у дітей.

Септофіт – новий природний фітосептик місцевої дії, одержаний з рослини Цетрарія Ісландська. Виробник – «Здравлє АТ», Сербія. Випускається в таблетках для розсмоктування. Складовими речовинами Септофіту є: уснінат натрію (натрієва сіль уснінової кислоти), ментол та допоміжні речовини (глюкози моногідрат та ін..). Уснінат натрію проявляє антибактеріальні і протизапальні властивості, діє безпосередньо на збудників інфекції, запобігаючи її подальшому поширенню і не ушкоджуючи нормальної мікрофлори слизової оболонки, не викликає резистентності. Ментол, потрапляючи на слизову оболонку, обумовлює вазодилатацію, відчуття прохолоди, м‘який анестезувальний, протизапальний і дезодоруючий ефекти. Комбінація уснінату натрію та ментолу має виражену антибактеріальну, протигрибкову, антипротозойну, антивірусну дію та помірну протизапальну та знеболювальну дію.

Септофіт застосовується для місцевого лікування інфекційно-запальних захворювань горла та ротової порожнини (фарингіт, ларингіт, тонзиліт, в тому числі ангіни, хрипота і болісні відчуття в горлі, стоматит, пародонтоз, кандидоз ротової порожнини), а також верхніх дихальних шляхів, що супроводжуються сухим кашлем.

Таблетки Септофіт розсмоктують в ротовій порожнині, не розжовуючи та не запиваючи. Дорослим і дітям старше 12 років призначають 4-6 таблеток на добу кожні 4-6 год, дітям від 4 до 12 років – до 4 таблеток на добу кожні 6 год.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 25 дітей, хворих на хронічний катаральний фарингіт, віком від 15 до 18 років.

Діти скаржились на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу. Під час фарингоскопії відзначались гіперемія і набряк слизової оболонки задньої стінки ротової частини горла; слизова оболонка була вкрита в‘язким слизово-гнійним виділенням.

Діти були поділені на 2 групи: основну (15 дітей) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Діти основної групи отримували Септофіт, контрольної – загальноприйняте лікування. Септофіт призначався по 1 таблетці через кожні 4 год, розсмоктуючи, але не розжовуючи і не запиваючи.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб’єктивна оцінка терапії дітьми та фарингоскопічна картина. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів фарингіту у дітей основної групи. Скарги на відчуття стороннього тіла в горлі, виділення слизу у дітей, що приймали Септофіт, поступово зникли через 5 – 6 днів у 13 осіб. Решта 2 дітей відмічали зменшення неприємних відчуттів в горлі. Фарингоскопічна картина свідчила про позитивний перебіг захворювання: слизова оболонка задньої стінки ротової частини горла була рожевою, нормальної консистенції, без в‘язких слизово-гнійних виділень. У дітей контрольної групи позитивний ефект наставав значно пізніше – до 9 – 10-го дня лікування.

Алергійних реакцій, нестерпності Септофіту та інших небажаних явищ не спостерігалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування Септофіту в місцевому лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Септофіт добре переноситься хворими дітьми, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для місцевої терапії дітей, хворих на хронічний катаральний фарингіт.

© *Р.Т. Чортківський, В.А. Левчук, Д.В. Береговий, В.Г. Корицький, В.А. Башинський, І.М. Гомза, 2011*

Н.А. ЧУХОЛЬСКАЯ, И.В. ПРИСТУПА, Ю.В. СЯТКОВСКАЯ
(ВИТЕБСК, БЕЛАРУСЬ)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В настоящее время воспалительные процессы занимают около 87% в структуре всех заболеваний уха, горла и носа, а наиболее частым осложнением ОРВИ является острый синусит. В тоже время, хронический синусит занимает первое место среди всех хронических заболеваний человека [Жуковицкий В.Г., 2004]. Основными предрасполагающими факторами в развитии синуситов являются анатомические отклонения в полости носа, ведущие к нарушению вентиляции пазух, а также дефекты местной защиты слизистой оболочки носа и пазух. Безусловную роль в первичном повреждении слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) отводится респираторным вирусам. Именно вирусы, повреждая эпителиальную выстилку, нарушают дренажную функцию мукоциллиарного транспорта и оказывают иммуносупрессивное действие, снижая активность макрофагов и Т-лимфоцитов.

Гомеопатическое лечение дает возможность эффективно содействовать успеху хирургического лечения. В связи полиэтиологичностью синуситов, преобладанию вирусной респираторной инфекции со значительными нарушениями иммунной системы, мукоциллиарного транспорта, реологических свойств носового секрета, необходимо всесторонне воздействовать на все стороны процесса. Комплексный гомеопатический препарат «Цинабсин» содержит в своем составе средства, влияющие на патогенез синусита и топически покрывающие большинство основных звеньев этого процесса.

Цель исследования – оценить эффективность использования гомеопатического препа-

рата «Циннабсин» при лечении больных острыми и хроническими синуситами.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 52 пациента с острыми риносинуситами и обострением хронического процесса в возрасте от 18 до 70 лет, находившиеся на амбулаторном лечении. Первую (контрольную) группу составили 20 пациентов, которые получали традиционное комплексное лечение. Вторую группу (основную) составили 32 пациента, которые помимо традиционного лечения получали гомеопатический препарат «Циннабсин». При остром риносинусите (22 пациента) препарат назначался по схеме: по 1 таб. каждый час (до 12 раз в день) сублингвально первые два дня заболевания. А затем по 2 таб. 3 раза в день до полного выздоровления. Продолжительность курса лечения от 7 до 28 дней. При хронических и рецидивирующих риносинуситах (10 пациентов) препарат назначался по 2 таблетки 3 раза в день в течение 8-12 недель.

Результаты. Эффективность использования препарата оценивалась по динамике клинической картины заболевания с проведением контрольных рентгенограмм ОНП. В основной группе боль в области проекции ОНП исчезла на два дня раньше, чем в контрольной. Носовое дыхание восстановилось у больных основной группы в среднем через 5-6 дней, а у больных контрольной – через 6-8 дней. Выделения из носа и носоглотки у больных второй группы прекратились в среднем через 5-6 дней, а у больных первой группы – через 7-8 дней. Положительный результат достигнут у всех больных второй группы: среди пациентов с острым риносинуситом к окончанию лечения исчезновение клинических симптомов отмечалось у всех 22 пациентов (100%). Среди больных хроническим процессом эффективность терапии составила 90% (9 пациентов) – ремиссия и значительное улучшение. У всех пациентов принимающих «Циннабсин» не выявлено никаких побочных эффектов и отрицательного взаимодействия с другими лекарственными препаратами.

Выводы.

1. «Циннабсин» хорошо сочетается с применением других лекарственных средств и может применяться как самостоятельно, так и в комплексной терапии синуситов.
2. Препарат способствует восстановления дренирования, аэрации, активации функционирования мукоцилиарной транспортной системы, что, по сути, и является конечной целью лечения синуситов.
3. Пролонгированная терапия острого риносинусита препаратом «Циннабсин» до 28 дней уменьшает вероятность рецидива и перехода заболевания в латентное течение.

© *Н.А. Чухольская, И.В. Приступа, Ю.В. Сятковская, 2011*

В.О. ШКОРБОТУН, Я.В. ШКОРБОТУН, Т.Г. КУНАХ (КИЇВ, УКРАЇНА)

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ НАВІГАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В ОТОХІРУРГІЇ

Сучасний рівень мікрохірургії скроневої кістки та латеральної основи черепа потребує пошуку і впровадження нових технологій, що дозволяють добре орієнтуватися в індивідуальній анатомії даних ділянок, а особливо розташування структур, пошкодження яких призводить до серйозних ускладнень. Удосконалення мікроскопів та мікроінструментарію, впровадження систем моніторингу лицевого нерва певною мірою вирішує цю проблему, але особливості анатомії скроневої кістки, зокрема після попередніх операцій, травм чи при вроджених вадах розвитку, часто спричиняють труднощі в безпечному і якісному виконанні операції, подовжують її тривалість.

В таких випадках найбільш перспективним є застосування навігаційної системи, яка на сьогодні найкраще допомагає хірургу орієнтуватись при операціях на кісткових структурах, оскільки вони, на відміну від м'яких тканин, не зміщуються в ході втручання. Але слід зазначити, що на даний час обладнання для комп'ютерасистованої хірургії скроневої кістки ще проходить етап випробовувань та лише починає вводитись в широку практику.

В передопераційному періоді виконується комп'ютерна томографія з високою роздільною здатністю, а в процесі виконання оперативного втручання навігаційна система з високою точністю дозволяє перевіряти місцезнаходження кінчика зонда та робочої частини деяких інструментів на зрізах комп'ютерних томограм в мультипланарній та об'ємній реконструкції. Похибка положення кінчика зонда не перевищує 2 мм при застосуванні звичайних трекерів, а при жорсткій фіксації трекерів до кісткових структур похибка не перевищує 0,93 мм.

Наступним етапом розвитку навігаційних систем в отонейрохірургії є навігаційний контроль агресивних інструментів, зокрема борів.

Звичайно, постійний навігаційний контроль за роботою борів складний, оскільки хірург вимушений переключати свою увагу між окуляром мікроскопа та монітором комп'ютера. Але для усунення таких недоліків впроваджується система навігаційного дистанційного контролю. Принцип роботи цієї системи полягає в наступному: на зрізах попередньо виконаної комп'ютерної томографії пацієнта відмічаються небезпечні за ризиком ускладнень ділянки, а в процесі операції комп'ютер постійно визначає відстань між бором (враховуючи його діаметр) та попередньо відміченими структурами. При небезпечному наближенні до вказаних структур подається звуковий сигнал, а також комп'ютер зменшує швидкість обертання бора, аж до повної його зупинки. Перспективним напрямком також є введення в практику роботизованих систем в поєднанні з навігованими інструментами.

В Центрі патології ЛОР-органів КЛ «Феофанія» використання навігаційної системи добре зарекомендувало себе в ендоскопічній ринохірургії. На даний час нами проводиться впровадження навігації при хірургічних втручаннях на вусі. Під час кісткових етапів слухополіпшуючих операцій відпрацьовуються технічні прийоми комп'ютер-асистованої хірургії з тестуванням співвідношень просторово-модельованих та морфометричних даних.

Актуальність навігації є незаперечною при процесах зі значними руйнуваннями структур вискової кістки та в хірургії латеральної основи черепа. Навігаційна система покращує орієнтування в анатомії конкретного пацієнта, і тим самим суттєво зменшує ризик при роботі в небезпечних ділянках вискової кістки. Навігаційна система відкриває нові можливості як в хірургії середнього так і внутрішнього вуха.

© *В.О. Шкорботун, Т.Г. Кунах, 2011*

В.О. ШКОРБОТУН, К.В. ЛЯХ, Я.В. ШКОРБОТУН (КИЇВ, УКРАЇНА)

КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ОБСТЕЖЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ПРИНОСОВИХ СИНУСІВ

Комп'ютерна томографія (КТ) порожнини носа та приносових пазух (ППН) на даний час є однією з найбільш інформативних променевих методик, яка застосовується в сучасній отоларингологічній практиці. Разом з тим вона має певні недоліки, що обмежують її широке використання. Серед них: значне променеве навантаження – 200-400 мкЗв (для порівняння рентгенографія приносових пазух носа в прямій проекції – 20 мкЗв); опромінення всієї голови при дослідженні окремої обмеженої зони; тривалість та вартістність обстеження. Важливим недоліком КТ є необхідність забезпечення протягом всього дослідження нерухомості пацієнта (30 хв.), що значно обмежує його застосування в педіатричній практиці.

Ці недоліки в значній мірі знівельовані при застосуванні конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ). Перш за все слід відзначити низьке променеве навантаження на хворого – 50 мкЗв при дослідженні порожнин носа та приносових синусів, короткий експозиційний час (8-40 с), і, як наслідок, отримання зображення real time (Leung et all., 2007). Крок сканування (воксела) сучасних КПКТ апаратах складає 0,125 мм, що значно перевищує в якості зображення більшість комп»ютерних томографів і забезпечує високу якість реконструкції тривимірного зображення.

Результати сканування зони інтересу представляються у вигляді циліндра, об'єм якого залежить від характеристик конусного томографа. Як правило, для відображення приносових синусів достатньо зони дослідження діаметром 12 см і висотою 8 см.

У хірургічному центрі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС в останній час КПКТ нами широко використовується у передопераційному обстеженні пацієнтів перед ендоскопічними ринохірургічними втручаннями. За допомогою конусної томографії було обстежено 47 пацієнтів (43 дорослих та 4 пацієнти віком до 18 років).

При аналізі даних конусної томографії ділянка «захоплення» (висота – 8 см, діаметр – 12 см) дозволяла у всіх випадках отримати інформацію про особливості будови верхньощелепних синусів, прилеглих коренів зубів (нижня межа дослідження встановлювалась на рівні 1 см нижче дна синусу), остео-меатального комплексу, структур решітчатого лабіринта, включаючи lamina cribrosa, перегородки носу. Результат обстеження представляється у трьох проекціях з можливістю реконструкції.

Аналізуючи томограми КПКТ нами установлено, що у 7 (14,9%) випадках із 47 досліджень в зону сканування не ввійшли верхні відділи фронтальних пазух, та у 4 (8,5%) хворих – сфеноїдальні синуси. Це пояснюється антропо-

метричними даними пацієнтів та особливостями будови лобних пазух. Разом з тим цього можна уникнути, виставивши пріоритети зон дослідження перед здійсненням томографії.

На нашу думку метод КПКТ порожнини носа та ППН має особливі переваги при підготовці до функціональної ендоскопічої ринохірургії у випадку відомої зони інтересу – перш за все патологія приносових пазух одонтогенного характеру, запальні захворювання порожнини носа та приносових синусів; сторонні тіла синусів, патологія остіомеатального комплексу. Особливі переваги КПКТ має в дитячій ринології. У всіх випадках проведених досліджень у дітей томографія дозволяла оцінити, як стан структур порожнини носа, так і приносові пазухи.

Отже КПКТ приносових пазух має окремі переваги в порівнянні з КТ і може розглядатись як метод вибору серед променевих методик дослідження носа і приносових пазух.

© *В.О. Шкорботун, К.В. Лях, Я.В. Шкорботун, 2011*

В.О. ШКОРБОТУН, Т.В. МАРКІТАН (КИЇВ, УКРАЇНА)

ЧАСОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИВНОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ФЛЕГМОНОЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЛОТКИ ТА ШИЇ

Важливою складовою успішного лікування гнійно-запальних захворювань глотки та шиї є їх рання діагностика. Вчасно поставлений діагноз дозволяє застосувати правильну лікувальну тактику і тим самим в більшості випадків уникнути тяжких життєво небезпечних ускладнень, зокрема, медіастиніту. На даний час найбільш високою інформативністю серед променевих методів дослідження флегмон шиї є КТ та МРТ. A.D. Murray et al. (2009) називають КТ з контрастуванням «золотим» стандартом в діагностиці цієї патології. Разом з тим, результати КТ-дослідження далеко не завжди відповідають змінам, що виявляються інтраопераційно. Серед складових, що зумовлюють похибки у виникненні зазначених розбіжностей, суттєве значення має час, який проходить між обстеженням і проведеним оперативним втручанням. Особливо це актуально у випадках стрімкого розвитку патології, що є характерним для флегмон шиї.

Мета дослідження: вивчити часову характеристику інформативності КТ в діагностиці гнійно-запальних захворювань клітковинних просторів шиї.

Нами проведено аналіз результатів обстеження та лікування 39 пацієнтів, що лікувались в ЛОР відділенні КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня» з діагнозом флегмона шиї. Окрім загальноклінічного та спеціального отоларингологічного обстеження у всіх досліджуваних хворих була здійснена РКТ шиї та середостіння. Після встановлення діагнозу, всі пацієнти прооперовані. Оперативне втручання полягало в розкритті та дренуванні виявлених гнояків в шиї і в здійсненні, при необхідності, ревізії прилеглих просторів. З різних причин термін з моменту проведеного РКТ дослідження до виконання оперативного втручання був різним. Перш за все це пов'язано зі складністю прийняття рішення щодо лікувальної тактики у подібних пацієнтів та необхідністю в ряді випадків консультацій допоміжних спеціалістів і виконання передопераційних лабораторних досліджень.

Середній проміжок часу між виконанням РКТ та початком оперативного втручання у досліджуваних пацієнтів склав 224 хв. (3год. 44 хв.)±92,8хв. Відповідність РКТ діагнозу виявленим змінам в шиї інтраопераційно відмічено у 23 (58,9%) осіб із 39 прооперованих, а у інших 16 (41,1%) зафіксовані розбіжності щодо поширення процесу. За проміжком часу, який пройшов від моменту РКТ обстеження до початку оперативного втручання, всі пацієнти розподілились наступним чином: в термін до 3-х годин було прооперовано 9 хворих (23,1%), від 3 до 6 год. – 22 (56,4%), від 6 до 9 год. – 3 (7,7%), і у 5 пацієнтів операція здійснена з різних причин пізніше.

Аналізуючи інформативність РКТ обстеження по часу нами встановлено, що в термін виконання операції до 3 год, розбіжність післяопераційного діагнозу з РКТ обстеженням була виявлена лише в одному випадку (11,1%) із 9 прооперованих, при здійсненні операції в проміжок часу від 3-х до 6 год. – розбіжність констатована в 9 хворих (40,9%) з 22, а з 8 пацієнтів, у котрих оперативне втручання було виконано пізніше, ніж через 6 год. після РКТ обстеження, післяопераційний діагноз співпав (зокрема за поширенням процесу) лише в 2 випадках з 8 прооперованих хворих.

Зважаючи на те, що максимальна частка відповідності інтраопераційних та рентгено-

логічних даних визначена в термін до 3 год., санація гнійного вогнища при флегмонозних захворюваннях шиї має бути виконана саме в цей проміжок часу. При виконанні оперативного втручання пізніше, хірург має зважати на високу вірогідність виявлення більш широкого розповсюдження гнійного запалення, ніж констатовано за РКТ обстеженням, і застосувати в сумнівних випадках хірургічну тактику на випередження.

© *В.О. Шкорботун, Т.В. Маркітан, 2011*

В.О.ШКОРБОТУН, Б.М.МИРОНЮК, Я.В.ШКОРБОТУН, Д.Д.ЗАБОЛОТНА
(КИЇВ, УКРАЇНА)

ХІРУРГІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОНАННЯ 232 КОХЛЕАРНИХ ІМПЛАНТАЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ГЛУХОТОЮ

Як відомо, єдиним ефективним методом реабілітації слуху у хворих з сенсоневральною глухотою є кохлеарна імплантація (КІ). Про ефективність цього втручання свідчать результати операції та їх чисельність. Особливо вражаючими є результати у дітей з прелінгвальною глухотою, у котрих відновлюється не тільки слухова, а й мовна функція. Незважаючи на високу вартість кохлеарної імплантації, на даний час в світі нараховується більше 200 000 тис. прооперованих хворих. Вагомий крок у вирішенні цієї проблеми зроблено і в Україні, особливо за останній рік. В 2010 році за державний кошт було прооперовано біля 200 маленьких пацієнтів, і на сьогодні в Україні нараховується більше 550 носіїв кохлеарних імплантів.

Із квітня 2008 року по березень 2011 р. нами було виконано 232 КІ. 192 пацієнти прооперовані на базі ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» у відділі реконструктивно-відновлювальної хірургії ЛОР-органів та 40 – у Хірургічному центрі ДНУ«Науково практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Найменшому пацієнту було 8 місяців, найстаршому – 43 роки. Хворих жіночої статі було 111 осіб, чоловічої – 121. Розподіл за віком: від 8 міс до 3 років було – 57 пацієнтів, від 3 до 5 років – 80, від 5 років до 7 – 58, від 7 до 18 – 33 і 4 хворих – дорослі. Всім пацієнтам оперативне втручання виконувалось на одному вусі. Серед прооперованих було 8 дітей, у котрих виконана відстрочена двобічна кохлеарна імплантація.

Причиною сенсоневральної глухоти у 13 пацієнтів були вроджені вади розвитку, у 14 – перенесений менінгіт, у 88 – патологія вагітності та перинатальна патологія (з них у 3 – цитомегаловірусна інфекція), у 24 – ототоксичні антибіотики, у 7 – вакцинальна реакція після щеплення, у 9 – глухота розцінена як генетично зумовлена, а у 77 хворих вияснити етіологію глухоти не вдалось.

Всім пацієнтам оперативне втручання виконувалось на одному вусі з використанням кохлеарних імплантів різних фірм-виробників. Серед них: «COMBI 40+» (MED-EL) – у 24 випадках, «Pulsar» (MED-EL) – у 6; «SONATATI-100» (MED-EL) – у 118; «Nucleus 24K» (Cochlear) – у 26; «Nucleus Freedom» (Cochlear) – у 54, «Nucleus CI-512» (Cochlear) – у 3 та HiRes 90 k (Advance Bionic) – у 1 хворого. При цьому імпланти «Nucleus CI-512» (Cochlear) та HiRes 90 k (Advance Bionic), були установлені в Україні вперше.

Введення електродів в завитку у 172 хворих здійснено через кохлеостому, а у 58 – через кругле вікно. У 2 пацієнтів з осифікацією завитки, були установлені імпланти з подвійним електродом (Split Electrode) – через подвійну кохлеостому.

З хірургічної точки зору найбільш складними є випадки імплантації у пацієнтів із відхиленнями від нормальної анатомії середнього та внутрішнього вуха, включаючи осифікацію завиткового ходу. Вказані зміни будови можуть бути зумовлені індивідуальними особливостями розвитку пацієнта, але частіше є результатом поєднаних аномалій розвитку, так званих «синдромних» пацієнтів, де одним із проявів вродженої патології є приглухуватість, а також можуть бути наслідком перенесеної патології внутрішнього вуха, яка приводить до звуження чи облітерації просвіту завитки.

Серед прооперованих пацієнтів, дітей з вродженою загальною порожниною завитки та присінка (cystic common caviti) був 1 пацієнт, з аномалією Мондіні – 1, з розширенним водопроводом присінка та аномалією ендолімфатичного протоку і мішка – 1, з двобічною гіпоплазією або аплазією півколових каналів – 5, з оссифікацією внутрішнього вуха (біла завитка) – 2, з частковою осифікацією завитки – 13, зі стенозом або з розширенням внутрішнього слухового

ходу – 3. У 4 з прооперованих дітей був відмічений синдром Арнольд Кіарі – 1, у 1 – синдром Gusheri, в 1 випадку Dandy-Waker'a.

У всіх пацієнтів під час інтраопераційного тестування отримано задовільні показники роботи кохлеарного імплантату. Правильність розміщення електроду також контролювалось рентгенологічно. В одному випадку, за даними рентгенконтролю на наступний день після проведеного втручання, була здійснена корекція розташування електродної решітки, шляхом хірургічної ревізії кохлеарної імплантації.

На сьогодні з 232 прооперованих хворих 230 успішно проходять слухову та мовленневу реабілітацію. Один пацієнт помер від онкопатології, яка розвинулась пізніше. У одного пацієнта у зв'язку з рецидивуючим гнійним середнім отитом та загрозою розвитку хронічного запального процесу у вусі була здійснена ревізія кохлеарної імплантації, під час якої у зв'язку з виявленими ознаками карієсу кістки в ділянці промонторіума було прийняте рішення про експлантацію кохлеарної системи.

Серед ускладнень раннього післяопераційного періоду, окрім гематом у 4 пацієнтів, які були усунені через верхній кут рани при перев'язках, не було. В одному випадку у пацієнтки через 14 днів після проведення імплантації та перенесеного респіраторного захворювання були відмічені явища невропатії лицевого нерва. Після проведеного лікування протягом 7 днів (протизапальна, протинабрякова та кортикостероїдна терапія) ознаки дефіциту функції лицевого нерва повністю зникли.

© *В.О. Шкорботун, Б.М. Миронюк, Я.В. Шкорботун, Д.Д. Заболотна, 2011*

В.О. ШКОРБОТУН, Я.В. ШКОРБОТУН, К.В. ЛЯХ (КИЇВ, УКРАЇНА)

МОДИФІКОВАНА ВІДЕОАСИСТОВАНА АДЕНОТОМІЯ У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ КУТОВОГО МІКРОДЕБРІДЕРА

Аденотомія є найбільш поширеним оперативним втручанням у практиці дитячого оториноларинголога. Тридиційно вона виконується аденотомами різних модифікацій. Із розвитком медицини техніка виконання вказаного втручання суттєво змінилась. Стандартом при аденотомії стало загальне знечулення та візуальний контроль (за допомогою носоглоткового дзеркала або відеоендоскопічної системи).

Перспективним є застосування мікродебридерів (шейверів), які завдяки одночасному відсмоктуванню видаленої лімфоїдної тканини та крові, дозволяють виконувати операцію практично на «сухому» операційному полі під постійним відеоконтролем. Також перевагами мікродебридерної аденотомії є її точність, щадливість до оточуючих тканин та менший ризик післяопераційної кровотечі навіть у порівнянні із холодноплазмовою та радіохвильовою методикою. Недоліками є більша тривалість операції у порівнянні з традиційною, необхідність додаткового забору матеріалу для біопсії, висока вартість насадок для мікробебридера, неохідність володіння навичками роботи із ендосокпами та мікродебридерами, травмування слизової оболонки носу при введенні ендоскопа та мікродебридера через носову порожнину, що провокує розвиток синехій.

Оптимальною на нашу думку методикою, яка дозволяє отримати переваги та нівелювати недоліки традиційного та мікродебридерного втручання є ендоскопічна комбінована аденотомія із застосуванням кутового мікродебридера. Такий підхід дозволяє швидко, ощадливо та достатньо повно видалити аденоїдні вегетації, уникнути маніпуляцій у порожнині носу, забезпечити забір біопсійного матеріалу.

Втручання виконується із застосуванням рото-розширювача Девіса або МакІвера під відеоендоскопічним контролем зі сторони ротоглотки. Першим етапом видаляється основна маса лімфоїдної тканини із склепіння носоглотки аденотомом Бекмана, а далі, після короткого гемостазу, другим етапом – забираємо її залишки за допомогою мікродебрідера Medtronic з кутом 90° та поворотним робочим отвором.

За останні 2 роки у Хірургічному центрі зі стаціонаром короткострокового перебування ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС нами виконано 96 аденотомій за вказаною методикою. Вік пацієнтів від 2 до 13 років. Із них у 89 хворих втручання виконувалось вперше, а у 4 випадках – з приводу рецидиву розростання аденоїдних вегетацій.

Із 96 прооперованих дітей під час ендоскопічного інтраопераційного контролю встановлено, що після видаленя за допомогою аденотома залишки аденоїдних вегетацій виявлені у 85 (91,4%) пацієнтів. Вони локалізувались у склепінні носоглотки в 56 (60,2%) випадках, в ділянці прилеглій до хоан – у 27 (29,1%) пацієнтів, в перитубарних відділах – у 34 (36,6%) дітей.

Слід зазначити, що виявлені залишки аденоїдних вегетацій (за виключенням тих, що вростали у задні відділи носової порожнини) не могли створювати перепони для носового дихання і при традиційній аденотомії – не видаляються. Потенційно проблемною на нашу думку слід вважати тканину у перитубарних відділах (особливо у пацієнтів із порушенням функції слухової труби) та ту, що розміщувалась у перихоанальних відділах – при рецедиві – потенційно більш швидко може порушувати носове дихання. Всі залишки лімфоїдної тканини були видалені за допомогою мікродебридера.

Гемостаз досягався спонтанно, у 2-х випадках була використана біполярна коагуляція. Кровотеча у ближньому післяопераційному періоді, яка потребувала введення тампонів у порожнину носоглотки, виникла у 1 пацієнта (операція з приводу рецидиву із вираженими рубцевими змінами). Середня тривалість оперативного втручання склала 14,3 хв. 91 пацієнт був виписаний у день виконання оперативного втручання, 2 – на наступну добу.

Застосування мікродебридера з відеоконтролем після традиційної аденотомії підвищує ефективність хірургічного лікування аденоїдних вегетацій у дітей і забезпечує ефективне та щадливе видалення аденоїдної тканини у всіх пацієнтів. Особливо актуальним є застосування вказаної методики при виконанні оперативних втручань у дітей із порушенням функції слухової труби, у пацієнтів з рецидивом аденоїдних розростань та при вростанні аденоїдних вегетацій в хоани.

© *В.О.Шкорботун, Я.В.Шкорботун, К.В.Лях, 2011*

Н.А. ЮРЕВИЧ, Н.В. ЗМЕЕВА (ХАРЬКОВ, УКРАИНА)

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ БИОИНДИКАЦИОННЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ С КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Одним из перспективных методов определения цитотоксических факторов в биологических жидкостях является биоиндикационный метод, основанный на оценке специфической ответной реакции биосенсорной системы (биосенсора) при ее контакте с изучаемой жидкостью.

Целью работы явилась оценка информативности биоиндикационного метода определения цитотоксичности крови у больных с круглогодичным аллергическим ринитом с сенсибилизацией к грибковым и бытовыми аллергенам (КАР с СБГА).

Материалы и методы. Обследован 41 пациент (от 18 до 68 лет) с диагнозом КАР с СБГА. У всех обследованных больных из полости носа выделены грибы рода Aspergillus.

Обследованные больные были разделены на 2 группы: контрольная (19) и основная (22). Все больные получали: антигистаминный препарат («лоратадин»), препарат из группы кромонов (2% спрей «кромогексал») и специфическую иммунотерапию (СИТ) бытовыми аллергенами в течение 17 недель. Больные основной группы дополнительно получали противогрибковый препарат («интракон»).

Исследование проводилось:1) до начала терапии; 2) по окончании комплексного лечения и СИТ; 3) через год после окончания терапии. На этих этапах цитотоксичность крови изучали с помощью биосенсорной клеточной тест-системы на основе водоросли Dunaliella viridis (D.v.) (определялся индекс цитотоксичности – ИЦС). Для определения информативности данного метода дополнительно исследовали уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), концентрацию протеинов средней молекулярной массы (ПСМ) и содержание аутоиммунных антител по тесту на лимфоцитотоксичность (ЛЦТ).

Результаты и их обсуждение. До лечения в контрольной группе ИЦС составил 1,85±0,04, в основной – 1,85±0,06 ($p>0,05$). При этом уровень ЦИК в контрольной группе достигал 175±29 ед.Е, концентрация ПСМ – 0,303±0,027 у.е., уровень ЛЦТ – 40,9±9,0%. В основной группе соответственно – 189±35 ед.Е, 0,319±0,028 у.е. и 44,7±8,4% ($p>0,05$ для всех показателей).

По окончании курса лечения в контрольной группе ИЦС снизился до 1,44±0,04, а в основной – только до 1,60±0,04 ($p<0,05$). Остальные исследованные показатели в обеих группах – достоверно снизились.

Через год после лечения в основной группе произошло значительное снижение ИЦС – до 1,22±0,08, в то время как в контрольной – только до 1,44±0,03 ($p<0,05$). Остальные показатели в основной группе также достоверно и значительно снизились: ЦИК – до 114±26 ед.Е, ПСМ до 0,274±0,031 у.е., ЛЦТ – до 34,5%. В контрольной же группе ИЦС остался на уровне предыдущего этапа (1,44±0,03), уровень ЦИК вернулся к исходному (175±39 ед.Е),

а уровень ЛЦТ даже достоверно превысил исходный (48,1±8,4%). Как и на предыдущих этапах исследования, между ИЦС с одной стороны и ЦИК, ПСМ и ЛЦТ – с другой, отмечена тесная корреляционная зависимость. (r – 0,690,71).

Выводы.

1. Применение фунгицидной терапии при лечении больных КАР с СБГА приводит к значительному стойкому и достоверному снижению цитотоксичности сыворотки крови, оцениваемой с помощью биосенсорной тест-системы, что хорошо коррелируют с другими иммунологическими показателями. Это позволяет оценить биоиндикационный метод как достаточно информативный в оценки состояния больных на разных этапах лечения.

© *Н.А. Юревич, Н.В. Змеева, 2011*

Ф. ЮРОЧКО (ЛЬВІВ, УКРАЇНА)

ОПТИМАЛЬНА ЕМПІРИЧНА ТЕРАПІЯ ВАЖКИХ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Більшість отоларингологічних інфекцій у дітей мають вірусну природу і тому їх переважно лікують амбулаторно без призначення антибіотиків. Легкі бактеріальні отоларингологічні інфекції нерідко минають спонтанно. Тут також антибіотики переважно непотрібні.

Важчі бактеріальні інфекції, а також їх ускладнення потребують госпіталізації та парентерального введення антибактеріальних препаратів. Антибіотики обирають емпірично, оскільки часу на отримання результатів бактеріологічного лікування недостатньо. Тому адекватне емпіричне антимікробне лікування є передумовою ефективності терапії бактеріальних отоларингологічних інфекцій у дітей.

Цефтріаксон залишався золотим стандартом для парентеральної терапії бактеріальних отоларингологічних інфекцій, проте з появою бета-лактамаз розширеного спектру, які його активно руйнують, зростає частота клінічної та бактеріологічної невдачі лікування.

Захищає цефтріаксон від руйнівної дії бета-лактамаз інгібітор сульбактам. Поєднання цефтріаксону та сульбактаму доступне у препараті Сульбактомакс (цефтріаксон/сульбактам). Тільки така комбінація здатна втримати золотий потенціал цефтріаксону на високому рівні і забезпечити дуже високі показники клінічної та бактеріологічної ефективності.

Дозування Сульбактомаксу розраховують у перерахунку на цефтріаксон – 50-100 мг/кг/доба; добову дозу ділять на два введення – кожні 12 годин. Парентеральне введення цього препарату оптимально проводити через постійний внутрішньовенний пластиковий катетер, що легко переноситься дітьми будь-якого віку.

Оптимальне поєднання цефтріаксону з сульбактамом у Сульбактомаксі дає змогу надійно і ефективно лікувати важкі отоларингологічні інфекції у дітей.

© *Ф. Юрочко, 2011*

К.Ф. ЯГУДИН, В.Р. ДЕМЕНКОВ, Р.К. ЯГУДИН (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

ВНУТРИРОТОВОЙ ДОСТУП ПРИ РЕЗЕКЦИИ УДЛИНЕННОГО ШИЛОВИДНОГО ОТРОСТКА

Существует несколько вариантов доступа для резекции удлиненного шиловидного отростка. Обычно используют или наружный доступ со стороны шеи или более простой внутриротовой доступ через тонзиллярную нишу после удаления небной миндалины. Мы в своей практике применяем доступ через переднюю небную дужку без удаления миндалины. Под местной анестезией 2% ультракаином 3-4 мл проводится небольшой вертикальный разрез (≈2 см) по передней небной дужке в проекции пальпируемого отростка. При надавливании на края раны пальцем или тупфером ткани сдвигаются кзади, и верхушка отростка легко визуализируется в глубине раны. Далее отросток обнажается тупым путем на достаточном протяжении (2,5-3,0 см) и резецируется костными кусачками или осторожно отламывается после захвата его основания зажимом. Рана промывается небольшим количеством антисептика и остает-

ся неушитой. В послеоперационном периоде назначается короткий курс антибиотикотерапии (обычно линкомицин 2 мл 2 раза в день 5 дней).

Всего нами прооперировано 7 больных, из них женщин – 5, мужчин – 2. Диагноз удлиненного шиловидного отростка основывался на тщательном сборе анамнезе и клиническом обследовании больного. Критерием постановки диагноза были длительная дисфагия и пальпация остроконечного костного образования в проекции небной миндалины или передней небной дужки, вызывающее усиление болей в глотке. При сомнении, диагноз подтверждался при КТ-исследовании. У одной больной отмечено двустороннее удлинение шиловидного отростка и у нее операция с интервалом в несколько месяцев проведена с обеих сторон. В послеоперационном периоде раневых осложнений не отмечено, болевой синдром купирован у всех больных.

Преимущества внутриротового подхода через переднюю небную дужку в простоте вмешательства, проведении операции под местной анестезией, сохранении небной миндалины и быстром неосложненном заживлении послеоперационной раны.

© *К.Ф. Ягудин, В.Р. Деменков, Р.К. Ягудин, 2011*

Р.К. ЯГУДИН, К.Ф. ЯГУДИН, В.Р. ДЕМЕНКОВ (ЛУГАНСК, УКРАИНА)

МОДИФИКАЦИЯ УВУЛОПАЛАТОФАРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРАПА И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО СОННОГО АПНОЭ

Увулопалатофарингопластика (УПФП) показана у больных храпом и синдромом обструктивного сонного апноэ с преобладанием обструкции верхних дыхательных путей на уровне ротоглотки. Операция направлена на расширение фронтального размера ротоглотки за счет удаления небных миндалин, на увеличение расстояния между корнем языка и небом в результате резекции краев небных дужек и язычка мягкого неба и на смещении неба кпереди при наложении швов между дужками. Эта операция не всегда достигает поставленной цели, о чем говорят данные статистики (эффективность 50-60%; Friedman M., 2009) и многочисленные предложенные модификации, которые, как правило, заключаются в расширении области резекции (Fairbanks D., 2003) или в значительном перемещении тканей ротоглотки (латеральная фарингопластика по Cahali M.B., 2003; Z-палатопластика по Friedman M. и соавт., 2004). УПФП имеет определенный спектр специфических осложнений, связанных с сокращением расположенного по краю неба дугообразного послеоперационного рубца, что приводит к рецидиву обструкции вплоть до стеноза носоглотки, или, наоборот, к стойкой недостаточности мягкого неба.

Ушивание небных дужек при классической УПФП часто проводится под значительным натяжением, что ведет к выраженной болезненности в послеоперационном периоде и нередко к расхождению наложенных на дужки швов. Для уменьшения натяжения обычно рассекают заднюю небную дужку в месте наибольшего натяжения косо вверх и латерально на глубину 1-1,5 см (Katsantonis G.P., 1991; Hormann K., Verse T., 2005 и др.), однако в этом месте остается открытая раневая поверхность, заживающая в последствие вторичным натяжением. Учитывая недостатки классической увулопалатофарингопластики и избыточную, по нашему мнению, резекцию тканей во многих предложенных модификациях, данная операция в последнее время выполняется нами в собственном варианте, заключающемся в проведении дополнительного разреза по передней небной дужке перед окончательным ушиванием тканей. После удаления миндалин и резекции язычка сначала делаем разрез по задней небной дужке, который не отличается от других методик и проводится в косом направлении, начинаясь обычно в месте, отступя вниз от основания язычка на 1-1,5 см. Второй (дополнительный) разрез проводим через переднюю дужку и направляем горизонтально и латерально, от основания язычка мягкого неба на величину 1-1,5 см, таким образом, что бы проекции окончаний обоих разрезов примерно совпадали в горизонтальной и сагитальной плоскостях. При этом образуется два легко подвижных треугольных лоскута, первый на передней небной дужке с основанием внизу, второй – на задней дужке с основанием вверху. Взаимное перемещение лоскутов и ушивание их в новом положении полностью устраняет натяжение при ушивании дужек, а раневая поверхность в области верхнего полюса тонзиллярной ниши закрывается перемещенной слизистой оболочкой.

В результате применения данной модификации УПФП линейный (дугообразный) ход раны меняется на зигзагообразный, что является профилактикой последующего рецидива обструкции за счет рубцового сокращения тканей. Одновременно форма неба приобретает П-образную форму, таким образом основные цели увулопалатофарингопластики, расширение ротоглотки в горизонтальном и вертикальном направлении, достигаются без увеличения объема резецируемых тканей и значительного перемещения слизистой оболочки.

© *Р.К. Ягудин, К.Ф. Ягудин, В.Р. Деменков, 2011*

В.В. ЯЦКІВ, О.І. ЯШАН (ЧЕРНІВЦІ, ТЕРНОПІЛЬ; УКРАЇНА)

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ПАТОЛОГІЧНОГО ВМІСТУ СЕРЕДНЬОГО ВУХА МЕТОДАМИ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ

Сучасні задачі наукової та практичної медицини потребують широкого введення у практику високоефективних методів діагностики гострих та хронічних гнійних захворювань ЛОР-органів.

Новим напрямком діагностики є лазерна поляриметрія патологічних станів біологічних об'єктів, що базується на принципах представлення морфологічної будови будь якого типу біологічної тканини у вигляді двокомпонентної аморфно-кристалічної структури. Кристалічна компонента або позаклітинна матриця являє собою архітектонічну сітку, що складається з коаксіальних циліндричних протеїнових (колаген, міозин, еластин та ін.) фібрил. З оптичної точки зору протеїнові фібрили володіють властивостями заморожених одноосних рідких кристалів.

Оптичною анізотропією речовини володіє біохімічна структура патологічного ексудату середнього вуха, що представлена певним набором амінокислот. Останні являють собою класичні приклади рідких оптично одноосних кристалів. Тому аналіз процесів перетворення лазерного променя таким рідкокристалічним розчином можна адекватно розглядати з точки зору оптико – анізотропних середовищ.

Згідно із запропонованою оптичною моделлю рідкокристалічної будови патологічного ексудату середнього вуха випливає, що його лазерні зображення та об'єктні поля є поляризаційно-неоднорідними.

У ході експерименту було проведено дослідження Мюллер – матричних зображень тонкошарових мазків вмісту середнього вуха у 24 хворих (гострий гнійний середній отит – 11 чол., загострення хронічного отиту – 13 чол.)

Дослідження проводилося за допомогою лазерного стоксполяриметру.

Опромінювання проводилось паралельним пучком ($Ø = 10^4$мкм) He-Ne лазера ($\lambda = 0{,}6328$ мкм). За допомогою поляризаційного освітлювача формувались різні стани поляризації освітлюючого пучка. Поляризаційні зображення шарів біологічних рідин проектувалися за допомогою мікрооб'єктиву 7 в площину світлочутливої площадки (800x600) CCD камери.

З одержаних даних експериментальних досліджень статистичної, кореляційної і фрактальної структури Мюллер – матричних зображень орієнтаційної структури рідких кристалів патологічного ексудату середнього вуха зроблено висновок: визначення статистичних моментів 1-го – 4-го порядків може бути використано в якості критеріїв діагностики виникнення і диференціації ступеня важкості запального процесу середнього вуха.

© *Р.К. Ягудин, К.Ф. Ягудин, В.Р. Деменков, 2011*

О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Ю.М. АНДРЕЙЧИН, В.А. ЛЕВЧУК, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, КРЕМЕНЕЦЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ І ХРОНІЧНИМИ АДЕНОЇДИТАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ТОНЗИЛОТРЕНУ

Аденоїдні вегетації – це гіпертрофія горлового мигдалика, а аденоїдит – запалення цього мигдалика. Аденоїдит буває гострим, підгострим і хронічним. Він може перебігати як на

фоні аденоїдних вегетацій, так і при відсутності гіпертрофії горлового мигдалика.

Етіологічними чинниками виникнення аденоїдних вегетацій і аденоїдиту є рецидивні вірусні і бактеріальні інфекції, алергійні захворювання, супровідна патологія імунних, нервоворефлекторних систем, порушення обміну речовин (С.Б. Безшапочный и соавт., 2010).

Основною ознакою аденоїдних вегетацій є утруднення носового дихання, відкриття рота під час сну, нічне хропіння, апное. Ступінь порушення носового дихання залежить від величини, форми аденоїдів, відношення їх об'єму до розмірів і форми носової частини горла, а також супутніх запальних змін.

Діагностика аденоїдних вегетацій, особливо у дітей дошкільного віку, буває досить складною. Аденоїдні вегетації нерідко «маскуються» під хронічний риніт, ринофарингіт, кашель, алергійний риніт.

Лікування аденоїдних вегетацій хірургічне – операція аденотомія. Показаннями до аденотомії служить не тільки величина аденоїдних вегетацій, але й викликані ними порушення в організмі. Аденоїдит потребує консервативного лікування. Причому у разі поєднання аденоїдиту з аденоїдними вегетаціями така терапія частіше носить характер передопераційної підготовки. У випадку відсутності аденоїдних вегетацій ця терапія може кінцево вирішити проблему аденоїдиту. Лікування аденоїдиту повинно бути безпечним для дитини, знімати запальний процес у носовій частині горла, зменшувати гіпертрофію лімфаденоїдної тканини.

Серед багатьох середників, що застосовуються у лікуванні аденоїдиту, нашу увагу привернули натуральні продукти, які нормалізують нейроендокринні порушення і імунологічний дисбаланс на локальному і загальному рівні захворювання. Ми використали натуральний комплексний препарат, який відновлює захисну функцію мигдаликів – «Тонзилотрен». Він добре себе зарекомендував при лікуванні ангіни. Що ж стосується застосування його при аденоїдитах, то в літературі ми знайшли лише одне повідомлення на цю тему (С.Б. Безшапочный и соавт., 2010).

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010рр. було 35 дітей у віці від 12 до 16 років з діагнозом аденоїдит.

Діти або їх батьки скаржились, що в дитини періодично спостерігається утруднене носове дихання, частий і тривалий нежить, порушення сну, і апетиту, гугнявість субфебрильна температура тіла, головний біль, загальна слабкість, енурез, відчуття закладання в носовій частині горла та вусі, саднення та невеликий біль у носовій частині горла, кашель внаслідок затікання слизових виділень у гортань.

Під час риноскопії визначались запальні процеси в горловому мигдалику: слизові, слизово-гнійні або гнійні виділення, які стікали у ротову, гортанну частину горла.

Діти були поділені на 2 групи: основну (25 осіб) і контрольну (10). Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання.

Діти основної групи отримували тонзилотрен і протизапальну терапію. Дітям контрольної групи призначалась тільки протизапальна терапія.

Вивчалась клінічна динаміка симптомів хронічного аденоїдиту і динаміка риноскопічних ознак у дітей з аденоїдитами на фоні медикаментозної терапії (набряк, виділення, розмір горлового мигдалика, взаємовідношення його з хоанами) на початок захворювання, на 14-у і 30-у добу. Також вивчали розподіл дітей по ступеню аденоїдних вегетацій, за даними риноскопічного огляду.

Препарат тонзилотрен призначали по 8 таблеток на добу перші дві доби, затим по 1 таблетці 3 рази на добу до 30 діб. На 30-у добу дослідження симптоми хронічного аденоїдиту значно зменшились в групі дітей, що приймали тонзилотрен, в той час як в контрольній групі зменшення симптомів було незначним. На 30-ту добу дослідження риноскопічні ознаки у пацієнтів з аденоїдитами основної групи також значно покращились, контрольної – покращились в незначній мірі. На 30-ту добу дослідження ступінь вираженості аденоїдних вегетацій, за даними задньої риноскопії, зменшилась в основній групі в порівняні з контрольною групою.

Тонзилотрен добре переносився дітьми, побічних ефектів та інших небажаних явищ не зареєстровано у жодної дитини.

Таким чином, наші дослідження показали, що використання тонзилотрену в терапії хронічного аденоїдиту дозволяє зменшити клінічні прояви захворювання, а в ряді випадків обійтись без хірургічного лікування при поєднанні аденоїдиту з аденоїдними вегетаціями. Також застосування тонзилотрену може бути елементом передопераційної підготовки при аденотомії і забезпечує оптимальну реабілітацію оперованих дітей.

© *О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, В.А. Левчук, Т.В. Чортківський, 2011*

О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.А. ГАВУРА, А.І. ГАВУРА, О.В. СТАХІВ, О.В. ГОВДА
(ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ У ДОРОСЛИХ

Аденоїдні вегетації, як правило, зустрічаються у дітей. Але рідко бувають і у дорослих.

Метою нашої роботи було визначити клінічну картину і методи діагностики цієї патології у дорослих осіб.

Під нашим спостереженням за період з 1991 по 2010рр. знаходилось 120 пацієнтів (75 чоловічої і 45 жіночої статі) віком від 19 до 48 років з аденоїдними вегетаціями, що лікувались в ЛОР-відділенні обласної комунальної клінічної лікарні (нині університетської лікарні). Переважна більшість пацієнтів (96) була у віці 19-20 років. У віці 21-25 років було 18 хворих, 26-30 років – 4, 47-48 років – 2 хворих. При цьому було встановлено, що клінічна картина аденоїдних вегетацій у дорослих дещо відрізняється від такої у дітей.

Скарги у дорослих порівняно зі скаргами у дітей з даною патологією в більшості випадків були неповними (утруднення носового дихання, закладеність носа, постійний нежить). В процесі обстеження дорослих вдалось зафіксувати симптоми, не завжди характерні для аденоїдних вегетацій (гіперемію і набряк слизової оболонки носової порожнини, виділення з носа). Разом з тим, рідко відмічались симптоми, характерні для аденоїдних вегетацій у дітей (аденоїдний вигляд обличчя, головний біль, нічне хропіння, апное).

Для діагностики аденоїдних вегетацій використовувались передня і задня риноскопія, 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, характерні для аденоїдів при цьому методі дослідження: широкі носові ходи, наявність аденоїдів. При задній риноскопії відмічали наявність збільшення горлового мигдалика того чи іншого ступеня. Величину аденоїдних вегетацій визначали за відношенням їх до хоан і оцінювали за трьома ступенями. До I ступеня відносили стан, при якому тканина горлового мигдалика займала склепіння носової частини горла і спускалась дещо нижче (до верхнього краю хоан); до II ступеня – стан, при якому тканина мигдалика закривала хоани до середини; до III ступеня – стан, при якому тканина мигдалика закривала 2/3 просвіту хоан і більше. Слід відмітити, що на відміну від дітей, у дорослих частіше аденоїдні вегетації були менших ступенів (I, II). Так, аденоїди I – II ступеня мали місце у 105 хворих (I у 10, II у 95), в той час як аденоїди III ступеня були тільки у 15 пацієнтів. Лише у двох хворих (жінок 30 і 48 років) аденоїдні вегетації повністю заповнювали носову частину горла.

Пальцеве дослідження давало уявлення при консистенцію тканини в носовій частині горла. Крім того, цей метод дослідження дає можливість віддиференціювати аденоїдні вегетації від юнацької ангіофіброми носової частини горла.

Аналізуючи наші спостереження, необхідно відмітити наступне. Аденоїдні вегетації у дорослих на відміну від аденоїдів у дітей мають свої особливості в клінічній картині. Очевидно, надзвичайно рідко спостерігаються типові ознаки аденоїдних вегетацій у дорослих. Якщо у дітей типовим є аденоїдний вигляд обличчя, то у дорослих цю ознаку аденоїдів ми спостерігали лише один раз. Разом з тим, серед спостережуваних нами хворих ні у одного не відмічалось нічного енурезу. У 2 пацієнтів відмічався відкритий прикус, тобто вистояння верхніх зубів вперед. Що стосується такого симптому як головний біль, то він також зустрічався рідше, ніж це буває у дітей. Рідко мала місце виражена гугнявість мови (у 3 пацієнтів). Єдиним симптомом аденоїдних вегетацій у спостережуваних нами хворих було утруднення носового дихання. Аденоїди у дорослих іноді можуть симулювати пухлину носової частини горла. Ми спостерігали це один раз (у жінки 48 років).

Таким чином, при аденоїдних вегетаціях у дорослих спостерігаються не всі симптоми, притаманні аденоїдам 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.

© *О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, А.І. Гавура, О.В. Стахів, О.В. Говда, 2011*

О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.А. ГАВУРА, У.Р. ДУЖИК, О.В. СТАХІВ, О.В. ГОВДА, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

МЕТОДИКА ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПРИ АДЕНОТОМІЇ У ДОРОСЛИХ

Під нашим спостереженням за період з 1991 по 2010 рр. знаходилось 117 хворих віком від 19 до 48 років, яким була проведена аденотомія з приводу аденоїдних вегетацій. Операції виконані в ЛОР-відділеннях обласної комунальної клінічної лікарні (нині університетської лікарні) та Чортківської центральної комунальної районної лікарні. При цьому встановлено, що анестезія при аденотомії у дорослих відрізняється від такої у дітей. Дорослим недостатньо аплікаційної анестезії шляхом закрапування анестетика в порожнину носа, яка звичайно застосовується у дітей. Їм вимагається більш ретельне знеболювання, ніж дітям. Тому, крім закрапування в ніс 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. Під новокаїновою анестезією виконано 85 аденотомій , під лідокаїновою – 23, під ультракаїновою – 9 аденотомій. Для інфільтраційної анестезії користуємось довгою тонкою голкою, яку проводимо 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 знеболювання використовувалось 4-5 мл анестетика (новокаїну чи лідокаїну). Ультракаїну вимагалось дещо менше (2-3 мл). Така анестезія дозволяла планомірно і ретельно видалити аденоїдні вегетації у дорослих пацієнтів.

Таким чином, при аденотомії у дорослих недостатньо аплікаційної анестезії, яка застосовується у дітей. Аденотомію дорослим пацієнтам слід проводити під аплікаційно-інфільтраційною анестезією.

© *О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, У.Р. Дужик, О.В. Стахів, О.В. Говда, Т.В. Чортківський, 2011*

О.І. ЯШАН, Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.А. ГАВУРА, Т.В. ЧОРТКІВСЬКИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, ЧОРТКІВ; УКРАЇНА)

ЖИВІ СТОРОННІ ТІЛА ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ У ДІТЕЙ

У дітей нерідко трапляються живі сторонні тіла у зовнішньому слуховому ході, але значно рідше, ніж неживі. В літературі відсутні детальні відомості стосовно живих сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу у дітей. Коротко описуються такі сторонні тіла у дорослих (І.А. Яшан, О.І. Яшан, 2001). Наводимо дані про живі сторонні тіла зовнішнього слухового ходу у дітей, що спостерігались нами особисто в різні роки за період з 1964 по 2010 рр. в 5 лікувальних закладах: Дзержинський (нині Романівській) і Ємільчинській центральних районних лікарнях Житомирської області, Калуській центральній районній лікарні Івано-Франківської області, Теребовлянській і Чортківській центральних районних лікарнях Тернопільської області.

Під нашим спостереженням знаходилось 132 дітей віком від 6 до 18 років з живими сторонніми тілами зовнішнього слухового ходу. Серед вказаних сторонніх тіл слухового ходу у спостережуваних дітей були: блохи (у 20 дітей), таргани (у 35), жуки (у 10), панцирні комахи (у 5), інші комахи (у 34), личинки м'ясних мух (у 28 дітей).

Механізм потрапляння живих сторонніх тіл у зовнішній слуховий хід дітей був різним. Блохи потрапляли в слуховий хід лише при збігу обставин. Оскільки блохи при своєму русі використовують, крім повільного пересування, також і стрибки, то у випадку, коли вони роблять стрибок і летять за інерцією, не можуть змінити траєкторію польоту. Якщо на їх шляху знаходиться зовнішній слуховий хід дитини, вони потрапляють на нього і попадають на барабанну перетинку. При потраплянні у зовнішній слуховий хід відлякуючий запах вушної сірки сприяє тому, що блоха летить не назовні, а в глибину слухового ходу. Блоха, намагаючись триматись далі від сірки, рухається не до виходу з зовнішнього слухового ходу, а по барабанній перетинці і прилеглих частинах слухового ходу, чим спричиняє значні болі у вусі.

Таргани заповзали у зовнішній слуховий хід під час сну. Діти пробуджувались від від-

чуття стороннього тіла у вусі. Панцирні комахи заповзали у зовнішній слуховий хід також під час сну. Діти прокидались від різкого болю у вусі. Жуки та інші комахи потрапляли у зовнішній слуховий хід під час перебування в лісі, в садку.

Ще остаточно не з'ясовано яким чином у зовнішній слуховий хід потрапляють личинки м'ясних мух. Ці діти тривалий час страждали на хронічний гнійний середній отит, що супроводжувався смердючими виділеннями з вух. Очевидно, що запах вушних виділень приваблював м'ясних мух. Вони могли відкласти яйця біля входу до зовнішнього слухового ходу непомітно для дитини, наприклад, під час її сну. Хоча більш ймовірним механізмом потрапляння личинок було механічне занесення руками дитини яєць мухи з забрудненого продукту у зовнішній слуховий хід. При хронічному запаленні середнього вуха, коли у мусі є гній, некротичні маси та грануляції, з яєць через деякий час виповзли личинки м'ясної мухи (І.А. Яшан, О.І. Яшан, 2001).

Клінічні прояви живих сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу у спостережуваних дітей залежали від величини і характеру стороннього тіла. Блохи, панцирні комахи та інші дрібні комахи спричиняли різкі болі у вусі при дотиканні до барабанної перетинки і подразненні її. Таргани, жуки, інші комахи, що знаходились в зовнішньому слуховому ході, закупорювали його і не дотикались до барабанної перетинки, викликали закладеність вуха, зниження слуху, шум, шкрябання, шелестіння у вусі. Г.С. Протасевич (2007), проаналізувавши 2 випадки живого стороннього тіла зовнішнього слухового ходу, що трапились в різний час у однієї і тієї ж дорослої людини (у нього особисто), вказував, що за клінічним перебігом живі сторонні тіла, які потрапляють в зовнішній слуховий хід можуть бути двох видів: 1) ті, що дотикаються до барабанної перетинки, подразнюють її і викликають різкий біль у вусі; 2) ті, що не дотикаються до барабанної перетинки, тому болю не викликають, а спричиняють закладеність, шум, шкрябання у вусі, зниження слуху. Це повністю можна віднести і до дітей. Серед спостережуваних нами дітей перший вид сторонніх тіл мав місце в 30 випадках, другий – в 102. Діти з наявністю личинок м'ясних мух у зовнішньому слуховому ході скаржились на шум, «булькотіння» та лоскотання у вусі, свербіж у ньому, незначне підсилення гноєтечі та болю.

Діагностика живих сторонніх тіл у спостережуваних нами дітей не була складною. Вона ґрунтувалась на даних анамнезу, скарг, отоскопічної картини. Великі сторонні тіла звичайно затримувались в хрящовому відділі зовнішнього слухового ходу, а дрібні проникали в глибину кісткового відділу. Їх звичайно було добре видно при отоскопії. У дітей з наявністю личинок м'ясних мух у зовнішньому слуховому ході при отоскопії можна було бачити, як на фоні грануляцій і гною рухаються задні кінці сірих хробакоподібних личинок, інший – передній кінець яких був заглиблений в грануляції. Лікувальна тактика залежала від величини і характеру живого стороннього тіла.

Блохи, панцирні комахи, таргани, жуки, інші комахи попередньо умертвляли за допомогою закапування у зовнішній слуховий хід чистого спирту, затим видаляли промиванням (блохи, інші дрібні комахи) або витягували гачком Трельча або гачком з набору Гартмана (великі комахи). При відсутності чистого спирту можна використати спирт денатурат, в крайньому випадку звичайну горілку. Для омертвлення комах у 6 випадках використали вливання у зовнішній слуховий хід підігрітої рідкої рослинної олії. Слід відмітити, що рослинна олія також зменшує зчеплення гострих шпичаків хітинового панцира з шкірою зовнішнього слухового ходу (С.Н. Хечинашвили, 1997). Личинки мух видаляли вушним пінцетом. При цьому витягувались невеликі (2-3 мм) сірі сегментарні хробаки з загостреним одним кінцем, яким личинка заглиблювалась в грануляції.

Таким чином, наведені дані свідчать про те, що у дітей у зовнішній слуховий хід можуть потрапляти різноманітні живі сторонні тіла. Клінічна симптоматика живих сторонніх тіл залежить від їх величини і характеру. Діагностика живих сторонніх тіл зовнішнього слухового ходу не складна. Лікувальна тактика визначається величиною і характером стороннього тіла. Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу, як живі, так і неживі, повинен видаляти тільки оториноларинголога

© *О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, Т.В. Чортківський, 2011*

О.І. ЯШАН, І.В. ХОРУЖИЙ (ТЕРНОПІЛЬ, УКРАЇНА)

АПОПТОТИЧНІ ЗМІНИ ЗАВИТКИ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА ПРИ ГОСТРОМУ СЕРЕДНЬОМУ ОТИТІ

Одним з основних захворювань, яке призводить до погіршення або втрати слухової функції є сенсоневральна приглухуватість (СНП), що займає серед захворювань ЛОР-органів достатньо велику частку – 7,8-12,1 %. Серед пацієнтів, хворих на гострий середній отит, СНП розвивається до 60 % випадків. Метою нашої роботи було дослідити явища апоптозу завитки внутрішнього вуха при експериментальному гострому середньому отиті (ГСО).

В 33 пацієнтів хворих на ГСО, ускладнений СНП, що реєструвалась на аудіограмі (підвищенням порогів кісткової провідності звуків на високих частотах) отримували секрет середнього вуха шляхом тимпанопункції, а також виконували мазок з ділянки глоткового устя слухової труби. Матеріал досліджували на бактеріальному аналізаторі VITEK 2 Compact, а також ампліфікаторі Rotor Gene 6000. В результаті дослідження виділено культури Str. pneumoniae у 32 %, H. influenzae – у 22 %, M. catarrhalis – у 16 %, S. aureus – у 5 %, непатогенні мікроорганізми – у 25 %.

Виділивши чисті культури основних збудників ГСО, виготовили суспензію, яку вводили в порожнину середнього вуха піддослідних тварин, причому праве вухо інфікувалось одним збудником, ліве – іншим. Після 5-ти денної експозиції ГСО, який ідентифіковано у тварин, під кетаміновим наркозом проводилось забір тканин внутрішнього вуха. На ізольованому матеріалі щипцями знімали капсулу лабіринта за методикою Винникова А.Я і Титової Л.К (1961). Під операційним мікроскопом ідентифікували м'які тканини завитки, з яких виготовляли суспензію клітин. Їх дослідження проводилось на проточному цитофлюориметрі EPIX XL Beckman Coulter, що дозволило отримали інформацію про співвідношення числа апоптотичних і некротичних клітин.

При інфікуванні Str. pneumoniae відсоток апоптотичних клітин був – 32,1-42,1%, некротичних – 2,06-29,7%; H. influenzae апоптотичних – 9,18-12,9%, некротичних – 0,1-0,18%; M. catarrhalis апоптотичних – 8,54-11,0%, некротичних – 2,33-5,1%; S. Aureus апоптотичних – 4,68-9,48%, некротичних – 0,22-0,44%.

Важливим моментом розвитку СНП було виявлення асоціацій вірусів і бактеріальної флори. Причому Str. pneumoniae виявляли у більшості випадків з респіраторно-синцитіальними і риновірусами, а відсоток втрати слуху перевищував, ніж при іншій вірусно-мікробній асоціації.

Враховуючи вищенаведені дані при гострому середньому отиті відбуваються зміни сенсорного епітелію переважно шляхом апоптозу. Виражений вплив на ступінь зниження слуху має вид збудника, тому призначення адекватної елімінаційної терапії при ГСО попередить розвиток швидких апоптотичних змін у завитці.

© *О.І. Яшан, І.В. Хоружий, 2011*

Л.В. ЗАБРОДСКАЯ (КИЕВ, УКРАИНА)

L-ЦЕТ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕЗОННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Провести патогенетическое лечение системного аллергического воспаления независимо от нозологической формы заболевания и при этом обеспечить больному надлежащее качество жизни, а также избежать развития побочных явлений удалось с помощью антигистаминных препаратов III поколения, которые являются активными метаболитами своих предшественников.

Представитель антигистаминных средств III поколения – левоцетиризин – левовращающий изомер цетиризина. Левоцетиризин по сходству к H1-гистаминовым рецепторам в 2 раза сильнее, чем цетиризин, применяется в дозе, которая в 2 раза меньше, чем цетиризин и, кроме того, практически не метаболизируется в организме, что снижает риск побочных реакций и лекарственного взаимодействия.

Цель нашего исследования – оценить клиническую эффективность и переносимость препарата L-Цет® в таблетках по 5 мг производства «Kusum Healthcare Pvt. Ltd» при лечении больных сезонным аллергическим ринитом.

Клинические испытания были проведены в группе, включающей 50 больных, для лечения которых был назначен препарат L-Цет®, таблетки по 5 мг (1 раз в сутки) производства

«Kusum Healthcare Pvt. Ltd», длительность исследования составляла 20 дней.

В исследование были включены пациенты, отвечающие следующим критериям: женщины и мужчины 18 до 65 лет с подтвержденным диагнозом сезонного аллергического ринита.

Критериями исключения пациентов из исследования была гиперчувствительность к препарату или к его компонентам; беременность и лактация; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина меньше 10 мл/мин); инфекционные заболевания.

В исследовании приняли участие 24 женщины и 26 мужчин. Каждому субъекту исследования присваивался порядковый номер, который отвечал последовательности включения данного пациента в исследование.

Для оценки терапевтической эффективности и переносимости исследуемого препарата пациентам проводили клиническое, инструментальное и лабораторное обследование:

1. Стандартное аллергологическое исследование (кожное тестирование с пыльцевыми аллергенами).
2. Клиническое обследование (ЧСС, АД, осмотр кожи и видимых слизистых).
3. Риноскопия.
4. Регистрация субъективных жалоб.
5. Определение эозинофилов в мазках из носа.
6. Общий анализ крови с формулой.
7. Биохимический анализ крови;
8. Общий анализ мочи.

Все полученные данные обследования заносились в амбулаторные карты больных, а также в индивидуальную карту наблюдения. Данные клинических и лабораторных исследований статистически обрабатывались методом вариационной статистики с учетом критерия Стьюдента.

Результаты клинических исследований позволяют сделать вывод, что лекарственному средству L-Цет® присуща достаточно высокая эффективность в лечении указанной группы больных, исследуемый препарат хорошо переносится больными. В проведенном исследовании не наблюдалось случаев патологических изменений лабораторных показателей при клиническом обследовании больных. Лечение больных аллергическим ринитом с применением препарата L-Цет® в таблетках по 5 мг производства «Kusum Healthcare Pvt. Ltd» было эффективным.

© *Л.В. Забродская, 2011*

С.К. ЗАЇКА (КИЇВ, УКРАЇНА)

КОХЛЕАРНА ІМПЛАНТАЦІЯ – ШЛЯХ У СВІТ ЗВУКІВ

Ефективна реабілітація дітей з тяжкими формами приглухуватості та глухоти є актуальною соціальною, медичною, педагогічною та технічною проблемою. Якість життя та рівень розвитку дитини залежать від стану та ефективності використання слуху. Сучасні високі технології, втілені в адаптивні цифрові слухові апарати та кохлеарні імпланти, дають можливість краще чути та спілкуватися в різних акустичних умовах. Однак розвиток слухового сприймання та формування мовлення у дітей з порушеним слухом залежить не тільки від правильно підібраного слухового пристрою, але й від правильно обраної методики організації педагогічної абілітації, яка враховує, чим протезовано дитину – слуховим апаратом чи кохлеарним імплантом.

Якщо у людини пошкоджена більша частина рецепторів завитка (волоскових клітин), то навіть найпотужніші сучасні слухові апарати їй не допоможуть. Така людина за допомогою слухового апарату може чути тільки низькочастотні звуки великої та середньої гучності і голос співрозмовника на невеликій відстані. Тому деякі приголосні звуки вона зовсім не чує або не розрізнює їх між собою. Мова в слуховому апараті лунає нерозбірливо і їй важко навчитися сприймати мову на слух і говорити. Допомогти такій людині може тільки кохлеарна імплантація.

Кохлеарний імплант виконує функцію волоскових клітин внутрішнього вуха та за допомогою електричних імпульсів передає через слуховий нерв звукову та мовленнєву інформацію в кору головного мозку.

Глуха дитина, що не мала слухового досвіду, з моменту імплантації вважається «новонародженою» в області слуху. Виховання та навчання дітей з порушеним слухом, опанування ними усною мовою як засобом спілкування можливо, в першу чергу, за умови роботи з дітьми батьків, використовуючи рекомендації співробітників спеціалізованих центрів (таких як, наприклад, «Центр слухомовленнєвої реабілітації НВП «ВАБОС», м. Київ).

(Лариса К., 5 років, після імплантації 2 р. 10 міс.)

Дівчинка 2005 року народження; обидва батьки – глухі з народження: батько спілкується тільки жестовою мовою, мама оволоділа мовою, але мова аграматична, темп вимови – швидкий, тому сприймати і розуміти її звернену мову буває важко; в 10 місяців дитину протезували за допомогою надпотужних слухових апаратів Bernafon на обидва вуха; в 2,5 роки Лариса могла сказати тільки «ма-ма», «ба-ба», «бі-бі» і її бабуся зрозуміла, що таким темпом дитина мовленням не оволодіє, тому що батьки не займаються розвитком її слухового сприймання, мовлення та вимови.

20 травня 2008 року Лариса була імплантована кохлеарною системою Freedom фірми Cochlear, а 23 червня 2008 року відбулася активація мовного процесора.

Сурдопедагог склав індивідуальний план розвитку слухового сприймання та мовлення дитини, узгодив його з батьками дитини. Лариса регулярно відвідувала сесії, на яких відбувалися налаштування процесора та корекційні заняття з сурдопедагогом. Вдома виконувалися всі домашні завдання. Бабуся забезпечила мовне оточення, слідкувала, щоб мама не спілкувалася з Ларисою жестами, а тільки за допомогою мови.

Аудіограма дівчинки з процесором у вільному звуковому полі відповідала 1-му ступеню приглухуватості. Для оцінки правильності налаштування процесора виконувався фонематичний тест «А-М-С-У-Ш-І», який охоплює весь діапазон мовленнєвих звуків.

Спочатку дитині було легше розрізняти на слух голосні звуки. Вже через півроку Лариса розрізняла всі приголосні звуки – ізольовано та у складах.

На сьогоднішній день дівчинка розуміє звернену мову, відповідає на запитання, в мові використовує прикметники, займенники, прислівники; володіє граматичними категоріями роду, числа, відмінка; може описати малюнок, на слух сприймає і розуміє слова, речення, тексти у відповідності до свого віку. У мові Лариси спонтанно з'являються нові слова; слухова пам'ять, мислення, увага розвиваються відповідно її віку. Лариса зараз відвідує масовий дитячий садок. Слід відзначити, що, незважаючи на всі успіхи, монауральне протезування має свої недоліки: Лариса не чітко локалізує джерело звуку, у шумі складно сприймати звернену мову.

Тому родина приймає рішення імплантувати також інше вухо. Операція відбулася 15.11.2010 року. На сьогодні вже сформовані навички локалізації джерела звуку, покращилося сприймання мови у шумі.

Спостерігаючи успіхи своєї доньки, мама Лариси (1982 р.н.) також прийняла рішення зробити собі кохлеарну імплантацію. Операція відбулася 17.05.2010 року.

Таким чином необхідно відзначити, що в даному випадку правильно організована абілітація дочки після кохлеарної імплантації послужила поштовхом для зміни життя і її глухих батьків.

© *С.К. Заїка, 2011*

И. СРЕБНЯК, В. ОВСЯНИК (КИЕВ, УКРАИНА)

НОВЕЙШИЕ СТРАТЕГИИ КОДИРОВАНИЯ В СИСТЕМАХ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ФИРМЫ MED-EL

Во всех системах кохлеарной имплантации (СКИ) при выборе стратегий кодирования акустического сигнала используется усредненная на интервале реализации длительностью Т информация о спектральном составе этого сигнала, получаемая при обработке с помощью процедуры «Быстрое преобразование Фурье» (БПФ).

Эффективность и комфортность функционирования системы кохлеарной имплантации с конкретным количеством электродов определяется выбранной стратегией кодирования акустической информации и, в первую очередь, кодирования речевого сигнала, которая более адекватно реализует то кодирование, которое осуществляется в слуховой системе человека на уровне внутреннего уха, т.е. в улитке. В известных стратегиях могут использоваться как все электроды конкретной СКИ, так и выбранное количество электродов в соответствии с принятой стратегией кодирования.

Основная информация о речевом сигнале содержится в его формантном составе, который характеризуется мгновенными значениями частот и уровней, как основной голосовой составляющей, так и соответствующими параметрами его формант.

Для передачи через слуховой нерв в кору головного мозга информации о частот-

ном и уровневом составе, например, акустического речевого сигнала, необходимо на электроды, вживленные в улитку в те области базилярной мембраны, которые по своим тонотопическим параметрам отвечают этим частотам, подавать последовательность биполярных электрических импульсов, заменяющих отсутствующую генерацию возбужденных акустическим сигналом «не работающих» волосковых клеток.

При этом уровень подаваемых биполярных импульсов определяется уровнем спектральной составляющей для конкретного электрода, а частота (количество импульсов в единицу времени) постоянна для всех используемых электродов и зависит только от частоты биполярных импульсов, задаваемой генератором и количества электродов задействованных в конкретной стратегии.

Также следует подчеркнуть, что чем больше электродов задействовано конкретной стратегией, тем меньше импульсов в единицу времени подается на каждый электрод.

Как отмечалось выше, спектральные характеристики сигнала, полученные с помощью процедуры БПФ, являются усредненными на интервале Т и поэтому не позволяют оценить мгновенные изменения как частоты, так и уровня сигнала. Такое усреднение также не соответствует тому, как обрабатывается сигнал в улитке и поэтому ухудшает как разборчивость речевого сигнала, так и идентификацию конкретного источника акустического сигнала и, в первую очередь, источника речевого сигнала.

Фирма Med-El разработала совершенно новую стратегию кодирования, в которой устранены многие из этих недостатков.

Так, в области частот до 1000 Гц, используется процедура, которая по «нуль-переходам» отслеживает изменения, как мгновенных значений частоты формант акустического сигнала, так и их уровней, по огибающей этого сигнала. В этом случае на электроды подается не постоянная последовательность биполярных импульсов, а последовательность импульсов с частотой и уровнем, обусловленными мгновенными начениями частоты и уровня сигнала в той области частот, которая стимулируется конкретным электродом. При этом, в области частот выше 1000 Гц, стимуляция осуществляется так же, как и в предыдущих стратегиях.

Использование новой стратегии дает возможность передать более «тонкую информацию», содержащуюся во временных изменениях спектральных и уровневых составляющих конкретного источника акустического сигнала и, в первую очередь, источника речевой информации. При этом, не только повышается вероятность правильной идентификации акустической информации, но также улучшает разборчивость восприятия речи, особенно в присутствии шумовой помехи.

© *И. Сребняк, В. Овсяник, 2011*

И.И. АБАБИЙ, С.Б. ПАРИЙ, А.И. КЯБУРУ, М.К. МАНЮК, С.А. ДЬЯКОВА, В.Е. КАПАТИЧ (КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И СЛУХОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Введение: Патологией слуха страдает около 6-7% населения. В то же время, прослеживается тенденция постоянного роста числа больных, в том числе и детского возраста, с нейросенсорной тугоухостъю. Самым используемым методом электроакустической реабилитации является слухопротезирование.

Цель исследования: Оптимизация эффективности методов диагностики и слухопротезирования детей с нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы: Работа основывается на анализе результатов аудиологического обследования и слухопротезирования 275 детей с нейросенсорной тугоухостью (возраст 1-17 лет).

Для оценки диагностического значения и повышения эффективности электроакустической коррекции слуха мы разработали алгоритм диагностики и слухопротезирования. Методы алгоритма разделены на два этапа. На первом этапе, в зависимости от возрастных групп, проводятся аудиометрические исследования (акуметрия, поведенческая и игровая аудиометрия, тональная аудиометрия, речевая аудиометрия, импедансометрия, регистрация ПИОАЭ, КСВП) и дополнительные медицинские консультации (невролог, эндокринолог, окулист и др), консервативное лечение. Второй этап предусматривает подборку и регулирования при помощи тестирования электро-

акустических параметров на куплере объемом в 2 см^3, использование формул расчета акустического усиления слуховых аппаратов, контроль эффективности слухопротезирования (тональная и речевая аудиометрия в свободном звуковом поле), а так же сурдопедагогические занятия по классическим методикам, вербо-тональной методике и аудиологический контроль в динамике.

Результаты: В результате диагностики, в основной группе больных, были выявлены четыре степени тугоухости: легкая [I ст.] – 14%; средняя [II ст.] – 43%; тяжелая [III ст.] – 24%; глубокая тугоухость – [IV ст.] – 19%. Больным проводилась, по показаниям, медикаментозное лечение нейросенсорного компонента по классическим схемам.

Были использованы аналоговые, программируемые и цифровые модели слуховых аппаратов фирм производителей: «Siemens», «Oticon», «Beltone», «Widex». Лучше слышащее ухо было протезировано в – 61% случаях, хуже слышащее ухо – в 18%), в 21% случаях – бинаурально. Установлено отсутствие статистически значимых различий между уровнем требуемого усиления и усилением куплера на частотах 250-4000 Hz. Различие между слуховым порогом, полученным при исследовании тональной аудиометрии в свободном звуковом поле со слуховым аппаратом и без него, должно было соответствовать в максимальной степени с требуемым усилением. Результаты исследований проведенных у детей школьного возраста выявили разное функциональное усиление в зависимости от степени тугоухости (статистически значимую достоверность, $P < 0,01$). Этот факт указывает на удовлетворительное регулирование слуховых аппаратов.

Для эффективного использования слуховых аппаратов мы разработали формуляр их проверки, который дает возможность провести легкую и быструю мониторизацию их технико-акустического состояния. Данный формуляр содержит 20 пунктов и может быть легко использован аудиологами, сурдопедагогами или обслуживающим персоналом, вовлеченным в работу с детьми, страдающими тугоухостью.

Выводы: Алгоритм диагностики и слухопротезирования детей страдающих тугоухостью с использованием аудиометрических субъективных и объективных методов исследования, а также особенностей подбора слуховых аппаратов, сурдопедагогичесих занятиях и дальнейшего контроля в динамике позволяет обеспечить, исходя из результатов исследования, необходимую эффективность коррекции слуха.

© *И.И. Абабий, С.Б. Парий, А.И. Кябуру, М.К. Манюк, С.А. Дьякова, В.Е. Капатич, 2011*

В.Е. ГАВРИЛУЦА, И.И. АБАБИЙ, М.К. МАНЮК,
С.А. ДЬЯКОВА, Л.А. ДАНИЛОВ, К.М. КУЖБА
(КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРЕХОДА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО МАКСИЛЛО-ЭТМОИДИТА В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ

Рецидивирующий максилло-этмоидит занимает ведущее место в структуре ЛОР-патологии у детей раннего возраста. Частые рецидивы способствуют переходу заболевания в хроническую форму, возникновению ряда осложнений, а также являются причиной значительных экономических потерь, связанных с большим количеством больничных листов, выдаваемых матерям по уходу за детьми этого возраста.

Важнейшей задачей являлась разработка основных принципов прогнозирования перехода рецидивирующего максилло-этмоидита в хроническую форму.

Были обследованы и подвержены лечению 126 детей раннего возраста с рецидивирующим максилло-этмоидитом.

Отдаленные результаты лечения (не менее чем через 2 года) прослежены нами у 94 из 126 больных рецидивирующим максилло-этмоидитом. Полное выздоровление констатировано у 75,72%, у 24,27% больных рецидивирующее заболевание перешло в хроническую форму.

Располагая подробными сведениями об анте-, интра- и постнатальном периодах развития детей с рецидивирующим максилло-этмоидитом, данными об особенностях клинического течения заболевания и длительными катамнестическими наблюдениями, мы решили указанную задачу на этой группе больных.

Прогностический алгоритм перехода рецидивирующего максилло-этмоидита в хроническую форму, разработанный нами с по-

мощью дискриминантного анализа, включает 8 признаков: число эпизодов ОРВИ в течение года после взятия под наблюдением, число эпизодов рецидивирующего максилло-этмоидита в течение года после взятия под наблюдением, рецидивирующие и хронические средние отиты, положительный аллергологический анамнез, число рецидивов до взятия под наблюдением, возраст к моменту возникновения первого эпизода заболевания, начало посещения детских учреждений, осложнения при родах. Результаты распределения детей с помощью прогностического алгоритма определяли правильный прогноз перехода в хроническую форму в 92,3% случаев, а отсутствие – в 85,3%.

Разработанный алгоритм позволяет решить и другую клиническую проблему – выделение групп детей, которым показано применение иммунокорригирующих и иммуностимулирующих препаратов.

Таким образом, оториноларинголог, используя разработанный алгоритм, может с большой степенью вероятности прогнозировать течение заболевания. В алгоритм входят признаки, которые без труда могут быть определены в условиях поликлиники.

Применение прогностического алгоритма перехода рецидивирующего максилло-этмоидита в хроническую форму поможет ЛОР-специалистам и педиатрам сделать более целенаправленным наблюдение этой категории больных с использованием современных лечебных и профилактических мероприятий на ранних этапах развития рецидивирующего максилло-этмоидита.

© *В.Е. Гаврилуца, И.И. Абабий, М.К. Манюк, С.А. Дьякова, Л.А. Данилов, К.М. Кужба, 2011*

Л.А. ДАНИЛОВ, М.К. МАНЮК, С.А. ДЬЯКОВА, В.Е. ГАВРИЛУЦА
(КИШИНЕВ, МОЛДОВА)

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Введение. Небные миндалины относятся к периферическим органам иммунной системы и с первых дней жизни принимают активное участие в формировании реакций клеточного и гуморального иммунитета. Это обуславливает их функцию как органа, который первый из всех органов системы иммунитета подвергается непосредственному воздействию экзогенного материала, определенным образом реагирует на него и далее подготавливает организм к наиболее оптимальным вариантам иммунного ответа. Ряд авторов рассматривают любое хроническое или рецидивирующее микробно-воспалительное заболевание как проявление иммунологических нарушений. По существу, воспаление миндалин – тонзиллит является болезнью системы иммунитета. Серьезные отклонения в работе иммунной системы обусловлены первичными (врожденными) или вторичными (приобретенными) иммунодефицитами. Учитывая вышеизложенное, становится понятна необходимость включения иммункорригирующих средств в комплексном лечении хронического тонзиллита у детей.

Целью данной работы является обоснование эффективности комплексного консервативного лечения хронического компенсированного тонзиллита у детей с целью предотвращения перехода воспалительного процесса в декомпенсированную форму и сохранения небных миндалин как важного лимфоэпителиального органа в местном и системном иммунитете.

Материалы и методы. В оториноларингологическом отделении ДРКБ «Е. Коцага» было проведено комплексное лечение и взято под наблюдение 290 детей с хроническим компенсированным тонзиллитом. Прежде всего, консервативное лечение начинается с удалением очага инфекции из лакун миндалин. Эта процедура осуществляется с помощью вакуум терапии на поверхность миндалины с одновременным промыванием антисептическими растворами. Такая манипуляция имеет ряд преимуществ по сравнению с промыванием лакун специальной иглой и шприцом. Во-первых, уменьшается длительность процедуры, что важно в детском возрасте. Во-вторых, не травмируются лакуны миндалин. В третьих и т.д., все лакуны промываются одновременно и безболезненно. Важен и тот факт, что, благодаря вакуум-терапии в миндалинах улучшается микроциркуляция крови и лимфы, что спо-

собствует большему обмену иммунных клеток из лимфоидной ткани в кровь и наоборот. Помимо обрабатывания миндалин различными антисептиками назначаются десенсибилизирующие препараты и диета. При выявлении хронического аденоидита, параллельно с местным лечением небных миндалин, производится санация аденоидных вегетаций путем промывания носоглотки антисептическими растворами. Кроме назначения общих иммуностимуляторов (рибомунил, ИРС, имудон), проводится локальная иммуностимуляция по разработанному нами методу с помощью активированных аутолимфоцитов, которые вводятся в перитонзиллярное пространство (патент на изобретение № 3185). После введения активированные аутолимфоциты производят противовоспалительные цитокины, происходит стимуляция и активизация других лимфоцитов, которые, в свою очередь, также производят противовоспалительные цитокины. Вследствие этого уменьшается воспалительный процесс, входят в норму метаболические процессы, восстанавливается местный иммунитет, который, в свою очередь, начинает физиологически коррелироваться с общим иммунитетом. Побочных реакций не выявлено. В настоящее время ведутся иммунологические исследования (локальные и общие) для подтверждения эффективности этого метода лечения.

Результаты. Положительные результаты в динамике после лечения детей с хроническим компенсированным тонзиллитом были получены в 86% случаев, что позволило нам уменьшить число хирургических вмешательств и сохраненить целостность лимфоглоточного кольца, столь необходимого в детском возрасте.

© *Л.А. Данилов, М.К. Манюк, С.А. Дьякова, В.Е. Гаврилуца, 2011*

Ф.О. ТИШКО, С.Г. ГІЧКА, І.О. КУЗЬМУК
(КИЇВ, УКРАЇНА)

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВИКРИВЛЕННЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ТА ВАЗОМОТОРНИЙ РИНІТ

У хворих з поєднаною патологією: викривлення перегородки носа та вазомоторний риніт (не йно-вегетативна форма) лікувальна тактика в більшості випадків зводиться до операції на перегородці носа (септопластика) та операції на нижніх носових раковинах (вазотомія) з метою швидкого відновлення носового дихання.

Виходячи з даних гістологічного дослідження підслизового шару нижніх носових раковин, отриманих в ході вазотомій у хворих з поєднаною патологією, а саме, викривлення перегородки носа та вазомоторний риніт, ми прийшли до висновку, що під впливом порушення носового дихання з причини викривлення перегородки носа в підслизовому шарі нижніх носових раковин відбуваються судинні патоморфологічні зміни – ангіоневроз судин (вазомоторний риніт).

При цих змінах у хворих виникають періодичні забруднення носового дихання.

З часом, а також з вимушено тривалим використанням деконгестантів наступає обструкція носового дихання, патоморфологічно проявляючи варикозно розширеними судинами підслизового шару нижніх носових раковин.

В зв'язку з отриманими результатами гістологічних досліджень підслизового шару нижніх носових раковин погляд на лікувальну тактику при поєднаній патології (викривлення перегородки носа та вазомоторний риніт) потребує змін.

Ми пропонуємо на стадії компенсації носового диханні, коли судини підслизового шару нижніх носових раковин не зазнали незворотніх змін обмежитись септопластикою без втручань на нижніх носових раковинах.

Ця стадія по нашим спостереженням відповідає тривалості захворювання до 10 років.

Якщо наступила фаза декомпенсації носового дихання, а значить судини підслизового шару набули варикозне розширення, потрібно поряд з септопластикою проводити вазотомію нижніх носових раковин.

Таким чином, такий підхід до вибору лікувальної тактики при поєднаній патології викривлення перегородки носа та вазомоторний риніт містить в собі етіологічне та патоморфологічне обгрунтування і має логічну завершеність.

© *Ф.О. Тишко, С.Г. Гічка, І.О. Кузьмук, 2011*

ЗМІСТ

И.И. Абабий, С.А. Дьякова, В.Е. Гаврилуца, С.Б. Парий, А.В. Грекова (Кишинев, Молдова)
К вопросу о факторах риска среднего отита у детей первого года жизни 2

И.И. Абабий, С.А. Дьякова, Л.А. Данилов, А.Я. Кябуру, Д.И. Киртока, Р. Женед (Кишинев, Молдова)
Клинико-морфологическая характеристика среднего отита у детей 3

И.И. Абабий, М.К. Манюк, П.И. Абабий, Л.А. Данилов, С.А. Дьякова, В. И. Гаврилуца (Кишинев, Молдова)
Наш опыт функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух у детей 4

И. Абабий, В. Осман, В. Кабак, Б. Киртока (Кишинев, Молдова)
Морфология рубцовых изменений слизистой голосовых связок после оперативных вмешательств с использованием микрохирургии и ЛАЗЕР-CO2 (модель на собаках) 5

Абабий И.И., Парий С.Б., Кябуру А.И., Манюк М.К., Дьякова С.А., Капатич В.Е.
Особенности диагностики и слуховой реабилитации детей с нейросенсорной тугоухостью 250

Р.А. Абизов, С.О. Лакиза, О.Ю. Ромась, С.С. Самойленко, Н.Я. Навальківська (Київ, Україна)
Іригаційна терапія атрофічного фарингіту в осіб голосомовних професій 6

Р.А. Абизов, О.О. Пелешенко, С.С. Самойленко, В.О. Шкорботун, В.В. Кривша (Київ, Україна)
Сучасні аспекти підготовки лікарів отоларингологів на передатестаційних циклах 7

Р.А. Абизов, І.Р. Цвірінько, Н.В. Божко (Київ, Україна)
Аналіз впливу супутніх захворювань на розвиток ускладнень у хворих з флегмонами шиї в отоларингологічній практиці 8

Р.А. Абизов, С.О.Лакиза, Я.В. Шкоба, Т.М. Голубок-Абизова, С.С. Самойленко (Київ, Україна)
Ефективність та безпечність іригаційної терапії у хворих на гострі захворювання носа та приносових порожнин 9

Р.А. Абизов, Я.В. Шкоба, Т.М. Голубок-Абизова, В.Р. Абизов (Київ, Україна)
Ступенева антибіотикотерапія хворих на гострий та загострення хронічного риноситуїта 10

Д.А. Алексеева, О.К. Никитина (Санкт-Петербург, Россия)
Поражения тройничного нерва при герпетической инфекции 12

В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут (Донецк, Украина)
Физиотерапевтическое лечение одонтогенных гайморитов 12

В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут (Донецк, Украина)
Магнитно-лазерная терапия острых гайморитов в пожилом и старческом возрасте 13

С.В. Андреев, М.С. Чернявская (Днепропетровск, Украина)
Неинвазивный метод лечения острых гнойных гайморитов 14

Ю.М. Андрейчин (Тернопіль, Україна)
Дослідження ендотеліальної дисфункції у хворих на верхньощелепний синусит 16

Ю.М. Андрейчин, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, В.Г. Корицький (Тернопіль, Україна)
Застосування мукорегулятора «Флюдитек» в лікуванні хронічного секреторного отиту у дітей 16

А. Антохи, И. Антохи, С. Ветричан, Е. Цивиренко, Э. Чернолев, А. Бажуреану (Кишинев, Молдова)
Миринготластика с использованием препарата «Regesan» в эксперименте 17

А. Антохи, И. Антохи, С. Ветричан, Е. Цивиренко, Э. Чернолев, А. Бажуреану (Кишинев, Молдова)
Аспекты отогенных осложнений, согласно данным нашей клиники 18

А.И. Барциховский, В.В. Кищук, В.Г. Орлов, О.М. Лихицкий, С.В. Скичко (Винница, Украина)
Особенности лечения эндохондральных псевдокист ушных раковин при резистентности к традиционному лечению 19

В.А. Башинський, І.М. Гомза, Ю.М. Андрейчин, В.Г. Корицький (Тернопіль, Україна)
Застосування спрею для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей 20

С.Б. Безшапочний, Б.А. Куценко (Полтава, Україна)
Ендомікроринохірургія в лікуванні хронічних дакріоциститів 21

С.Б. Безшапочний, Т.О. Крючко, М.С. Ляшенко (Полтава, Україна)
Сучасні аспекти діагностики та лікування хронічних тонзилітів у дітей 22

С.Б. Безшапочний, Б.А. Куценко, А.В. Білоног (Полтава, Україна)
Сучасний підхід до лікування та профілактики гострих і хронічних ларингітів у осіб голосових професій 23

С.Б. Безшапочний, В.В. Лобурець, Бен Хассін Мохамед Алі (Полтава, Україна)
Особливості виконання ендоскопічних фронтотомій 24

С.Б. Безшапочний, Н.Б. Соннік, О.Г. Подовжній (Полтава, Україна)
Лікувально-Діагностичні аспекти аденоїдитів у дітей 25

И.П. Бердникова, М.Ю. Бобошко, Н.В. Мальцева (Санкт-Петербург, Россия)
Реабилитация пациентов с хронической сенсоневральной тугоухостью 26

Д.В. Береговий, О.В. Стахів, Г.С. Протасевич, О.В. Говда, Л.В. Яшан, Р.Т. Чортківський, В.А. Левчук (Волочиськ, Тернопіль, Чортків, Кременець, Україна)
Спрей для горла «АКВА МАРІС®» в комплексному лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих 27

В.В. Березнюк, А.В. Зайцев, Д.В. Лыщенко, Н.Ф. Мосенцев, А.К. Моргачева, Н.В. Ламза (Днепропетровск, Украина)
Современные подходы к выбору лечебной тактики при отогенных менингоэнцефалитах 28

В.В. Березнюк, О.Е. Ламза, В.В. Матюнка, М.В. Таран (Днепропетрвоск, Украина)
Сочетание длительной заложенности носа и постназального синдрома как показание для функционального хирургического вмешательства на околоносовых пазухах 29

В.В. Беряезнюк, Я.Б. Соколенко, Е.В. Сапронова, Е.А. Литовченко, Л.А.Чигрина (Днепропетровск, Украина)
Наш опыт хирургических вмешательств на клиновидных пазухах 31

В.В. Березнюк, С.Н. Тымчук, А.В. Ковтуненко, Е.В. Кулакова, Д.В. Березнюк (Днепропетровск, Украина)
Хронические заболевания ЛОР-органов в аспекте фоновых онкологических процессов 32

В.В. Богданов, А.Г. Балабанцев, В.П. Игнатенко, Л.Д. Шевцова, В.А. Красников, В.П. Калинкин, И.О. Кошевой (Симферополь, Украина)
Комбинированная пластика послеоперационного дефекта после удаления гигантской остеомы лобной пазухи 33

В.В. Богданов, А.Г. Балабанцев, В.А. Красников, А.В. Логасюк (Симферополь, Украина)
Одонтогенный гайморит – поле сотрудничества или яблоко раздора? 34

К.Г. Богданов, Е.А. Кравцова (Одесса, Украина)
Отдаленные результаты исследования слуховой функции после миринготластики перихондриальным трансплантатом 35

К.Г. Богданов, И.К. Тагунова, О.П. Пошарникова (Одесса, Украина)
Опыт применения цефуроксима аксетила при лечении острых бактериальных тонзиллитов у детей 36

К.Г. Богданов, И.К. Тагунова, О.П. Пошарникова (Одесса, Украина)
Оптимизация лечения аденоидитов в детском возрасте 36

Т.В. Богданович, С.К. Заїка, В.О. Конюшняк, Д.І. Літун (Київ, Україна)
Досвід слухомовленнєвої реабілітації білатерально імплантованих пацієнтів 37

Д.С. Боенко, С.Б. Алексеев, Н.А. Гладкова, С.И. Зурнаджи (Донецк, Украина)
Особенности эндоскопического хирургического лечения больных с перфоративными одонтогенными гайморитами 38

С.К. Боенко, Д.С. Боенко, З.Т. Климов, И.А. Талалаенко, А.А. Минаев (Донецк, Украина)
Значение изменений внутриносовых структур в патогенезе хронического дакриоцистита 39

С.К. Боенко, З.Т. Климов (Донецк, Украина)
Функциональная хирургия хронического гнойного фронтита 40

Н.Э. Бойкова, А.А. Макушин (Москва, Россия)
Наш опыт применения баллонной тампонады (катетер Эпистоп-3) при профузных рецидивирующих носовых кровотечениях у больных в отделениях интенсивной терапии и реанимации 41

А.А. Бондаренко, А.В. Завадский, М.А. Золотарева, Л.В. Гуляева, А.И. Колисниченко, В.П. Калинкин, Т.М. Иманова (Симферополь, Украина)
Электрогрязелечение в терапии сенсоневральной тугоухости 42

А.А. Бондаренко, Н.В. Завадский, М.А. Золотарева, А.В. Завадский, Л.В. Гуляева, А.И. Колисниченко (Симферополь, Украина)
Опыт применения рентгентерапии у больных болезнью Меньера 42

А.А. Бондаренко, М.А. Золотарева, А.В. Завадский, М.В. Черни, Т.В. Жук, Н.А. Калинкина, Т.М. Иманова (Симферополь, Украина)
Использование сурфактантов отоларингологами санаторно-курортной сети АР Крым 43

О.М. Борисенко, Ю.О. Сушко, О.В. Папп, І.А. Сребняк, Є.Є. Прокопенко (Київ, Україна)
Інфралабіринтний доступ при пухлині яремного гломусу 44

А.С. Буйко, О.В. Дюмин (Одесса, Украина)
Злокачественные эпителиальные опухоли кожи ската носа и факторы риска связанные с их лечением 45

А.В. Бурьян, В.А. Змеев, Н.А. Юревич, Н.О. Шушляпина (Харьков, Украина)
Химиолучевое лечение опухолей ротоглотки 46

В.М. Ванченко, Н.А. Комашко, В.І. Левандовський (Івано-Франківськ, Україна)
Наш досвід ендоскопічного хірургічного лікування захворювань порожнини носа та приносових пазух 46

В.М. Ванченко, І.І. Тітов, Н.А. Комашко, В.І. Левандовський, Н.М. Кудерська (Івано-Франківськ, Україна)
Лікування назокоміальних синуситів у хворих відділення інтенсивної терапії 47

А.В. Верба, А.І. Барціховський, О.В. Варченко, І.П. Марцинковська, С.В. Агрепишин, О.С. Скічко (Вінниця, Україна)
Доцільність використання індивідуальних дилятаторів після ринопластики з приводу рубцевих стенозів присінку носа 48

С. Ветричан, А. Антохи, Т. Ходоноагэ, А. Бажуряну, Е. Чернолев, Л. Пожога (Кишинев, Молдова) «Болезнь оперированного уха» 49

А.М. Гагауз, М.П. Тануркова (Кишинев, Молдова)
Первый опыт применения плазменного коагулятора для тонзиллэктомии и увулопалатопластики 50

В.Е. Гаврилуца, И.И. Абабий, М.К. Манюк, С.А. Дьякова, Л.А. Данилов, К.М. Кужба
Прогнозирование перехода рецидивирующего максилло-этмоидита в хроническую форму 251

В.П. Гайовий (Київ, Україна)
Прогредієнтні особливості ушкодження нервової системи на фоні порушень вестибулярної функції судинного ґенезу 51

В.П. Гайовий (Київ, Україна)
Ініціальні прояви ураження нервової системи у хворих з порушенням вестибулярної функції судинного ґенезу 52

Г.И. Гарюк, Е.А. Куликова, Зуетир Самир, Н.Ф. Жидкова (Харьков, Украина)
Роль микробиологического и цитологического методов в комплексном обследовании больных хроническим ларингитом 52

Г.И. Гарюк, А.М. Шевченко, О.Г. Гарюк, Ю.В. Тимошенко (Харьков, Украина)
Задачи углубленного гематологического обследования при кровотечении из ЛОР-органов 53

Г.И. Гарюк, А.М. Шевченко, О.Г. Гарюк, И.В. Филатова, Ю.В. Тимошенко (Харьков, Украина)
Особенности течения нагноительных процессов в области лица и носа в пожилом и старческом возрасте 54

В.Н. Гинькут (Донецк, Украина) Рациональная терапия острых респираторных инфекций 55

В.Н. Гинькут (Украина, Донецк)
Использование Циклоферона в комплексном лечении хронического тонзиллита 56

В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев (Донецк, Украина)
Эмпирическая антимикробная терапия больных острыми синуситами 57

В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев (Донецк, Украина)
Применение Синупрета после ринологических операций 58

В.Н. Гинькут, В.В. Гинькут (Донецк, Украина) Лечение боли в горле 59

В.Н. Гинькут, В.В. Гинькут (Донецк, Украина)
Использование макролидов при лечении хронических риносинуситов 60

О.В. Говда, Г.С. Протасевич, О.В. Стахів, І.В. Мальована, Л.В. Яшан, У.Р. Дужик, Р.Т. Чортківський (Тернопіль, Чортків; Україна)
Растосування препарату Септофіт для місцевого лікування хронічного катарального фарингіту у дорослих 60

О.П. Голобородько, Т.Д. Савченко (Київ, Україна)
Деякі показники коагуляційної системи крові у хворих на передракові захворювання гортані 61

Я.Ю. Гомза (Київ, Україна)
Послідовність заходів діагностики, профілактики та лікування слухових порушень функції внутрішнього вуха у хворих на церебральний гіпертонічний криз 62

І.І. Горішній, В.В. Кривша, І.С. Пугач, М.М. Хомченков (Київ, Україна)
Застосування гемостатиків при кровотечах з носа, верхньощелепної пазухи, мигдаликової ніші 63

І.І. Горішній, М.М. Хомченков, І.С. Пугач (Київ, Україна)
Особливості введення лікарських розчинів при катетеризації слухової труби у хворих на ХССО 64

М.В. Губін, Г.І. Гарюк, В.М. Губін, А.В. Лупир (Харків, Україна)
Складний випадок встановлення причинного зв'язку між травмою голови та сенсоневральною приглухуватістю при судово-медичній експертзі 65

М.В. Губін, Г.І. Гарюк, В.М. Губін, Т.В. Почуєва, В.Л. Чуваков (Харків, Україна)
Судово-медична оцінка травм гортані за ступенем тяжкості тілесних ушкоджень 65

Л.В. Гуляева (Симферополь, Украина)
«Ангилекс» при воспалительных заболеваниях глотки у детей 66

Л.В. Гуляева (Симферополь, Украина)
Особенности лечения острых ринитов у детей раннего возраста 68

Л.В. Гуляева, М.А. Золотарева, Н.А. Гамова, С.М. Подуздикова, Н.И. Степаненко (Симферополь, Украина)
Реалии развития и лечения хронического аденоидита у детей 70

А.Д. Гусаков, В.А. Каширин, Л.Л. Воронцова, Н.А. Коляда (Запорожье, Украина)
К вопросу о рациональном антибактериальном лечении больных острыми риносинуситами 71

Л.А. Данилов, М.К. Манюк, С.А. Дьякова, В.Е. Гаврилуца
Иммунокоррекция в комплексном консервативном лечении хронического тонзиллита у детей 252

И.В. Дедикова, А.В. Довженко (Одесса, Украина)
Особенности элиминационных мероприятий при аллергическом рините на плесневые грибки 73

Ю.В. Дєєва (Київ, Україна)
Особливості вікового складу та розвитку ускладнень у хворих на ЦД з центральним та периферичним вестибулярним синдромом 74

В.Р. Деменков (Луганск, Украина)
Неотложная помощь при травмах околоносовых пазух и уха 75

В.Р. Деменков, И.Б. Пилипенко, Т.М. Приставко (Луганск, Украина)
Анестезиологическое обеспечение при подслизистой резекции носовой перегородки 76

В.Р. Деменков, Т.М. Приставко (Луганск, Украина)
Лечебная тактика в остром периоде травмы наружного носа 77

В.В. Диденко, А.Д. Гусаков, В.И. Диденко (Запорожье, Украина)
Компьютерная томография перегородки носа, ее значение в диагностике аномалий и деформаций, выработке тактики при их хирургической коррекции 78

В.В. Дячук, В.В. Дячук (Мукачево, Україна)
Тактика лікування сиалоаденіту вушного походження у дітей грудного віку 79

В.В. Дячук. В.В. Дячук (Мукачево, Україна)
Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування латентних синуситів у дітей 80

В.В. Дячук. В.В. Дячук (Мукачево, Україна)
Досвід роботи отоларинголога в дитячому онкогематологічному відділенні 81

В.В. Дячук, В.В. Дячук (Мукачево, Україна)
Досвід лікуванні дітей з хронічним гіпертрофічним ринітом 82

В.В. Дячук, В.В. Дячук (Мукачево, Україна)
Використання закарпатських мінеральних вод в комплексному лікуванню дітей з хронічним риносинуситом 82

Ф.Д. Евчев, М.А. Варешкина, О.Ю. Кравченко, А.Ф. Евчева (Одесса, Украина)
Значение МРТ в оценке инвазии новообразований фаринго-парафарингеальной области в сонную артерию 83

Ф.Д. Евчев, В.В. Гаевский, А.Ф. Евчева, К.Д. Гаевская (Одесса, Украина)
Неинвазивная цитодиагностика ранних стадий рака гортани 84

Ф.Д. Евчев, М.Б. Пионтковская, Фам Данг Хоанг Жанг, А.Ф. Евчева, И.Э. Чернышова (Одесса, Украина)
Диагностическая ценность микробиоты полости носа и ее роль при лечении риносинуситов 85

Ф.Д. Евчев, О.В. Титаренко, Фам Данг Хоанг Жанг, А.Ф. Евчева (Одесса, Украина)
Применение прополиса в комплексном лечении острого гнойного гаймороэтмоидита 86

В.Н. Жакова, Е.В. Лихолат, В.А. Шаменко, Х.Р. Праманик, В.А. Игнатов, С.А. Заболотняя (Запорожье, Украина)
Осложненные острые средние отиты в практике детского отоларинголога 86

А.С. Журавлев, М.В. Калашник (Харьков, Украина)
Риносептопластика. Некоторые итоги и перспективы 87

А.С. Журавлев, Ханс Мани (Харьков, Украина)
Лазерные технологии в лечении хронического тонзиллита 88

А.С. Журавлев, М.И. Ященко, М.В. Калашник, Н.О. Шушляпина (Харьков, Украина)
Использование левомака в комплексном лечении воспалительных заболеваний ЛОР-органов 88

Д.І. Заболотний, Е.В. Лукач, В.В. Стрежак (Київ, Україна)
Виживаність хворих із злоякісними пухлинами порожнини носа та приносових пазух в Одеській області 89

Д.І. Заболотний, Е.В. Лукач, В.Я. Діхтярук (Київ, Україна)
П'ятирічна виживаність хворих із злоякісними новоутвореннями порожнини носа та приносових пазух в Україні 90

Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная (Киев, Украина)
Иммунологический базис «хронизации» воспалительных процессов в ЛОР-органах 91

Д.І. Заболотний, М.Б. Самбур, Т.Д. Савченко, Ю.В. Кікоть, О.Л. Костюченко, Л.Д. Кривохатська, С.В. Тимченко, О.П. Голобородько, Т.В. Сидоренко, М.Д. Тимченко, Т.А. Заєць (Київ, Україна)
Діагностичні критерії передракових захворювань верхніх дихальних шляхів 92

Л.В. Забродская
Опыт применения препарата L-цет у пациентов с сезонным аллергическим ринитом 247

М.А. Завалий, А.Г. Балабанцев, Н.Ю. Новиков, А.А. Завалий, А.Н. Орел (Симферополь, Украина)
Сравнительная оценка эффективности метода мониторинга функционального состояния мукоцилиарной транспотрной системы в условиях гнойного синусита в эксперименте и в клинике 92

М.А. Завалий, А.Г. Балабанцев, А.Н. Орел, А.А. Завалий (Симферополь, Украина)
Перспективы применения мукоактивных лекарственных препаратов в оториноларингологии 93

М.А. Завалий, А.Г. Балабанцев, Т.Г. Филоненко, С.П. Грушка (Симферополь, Украина)
Результаты диагностики и лечения фаринголарингитов на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 94

Заїка С.К.
Кохлеарна імплантація – шлях у світ звуків 248

В.С. Зайцев, Н.В. Китенко, Е.В. Литовкина (Днепропетровск, Украина)
Герпетическое поражение ЛОР-органов: три клинических наблюдения 95

Т.Ю. Запорожец, А.Ю. Коновалов, Ю.К. Запорожец (ЛУГАНСК, Украина)
Применение препарата «Бактериофаг стафилококковый» в лечении острых гнойных гайморитов 97

Т.Ю. Запорожец, В.Ю. Некрасов, А.Ю. Коновалов, Ю.К. Запорожец (Луганск, Украина)
Опыт применения препарата «Цетраксал ПЛЮС» в схеме лечения пациентов с хроническим мезотимпанитом 97

О.Ю. Запорощенко, Ю.В. Кікоть (Київ, Україна)
Хірургічне лікування хворих на хронічний ексудативний середній отит в залежності від анатомічної будови processus mastoidei 98

А.Ю. Запорощенко, А.С. Чемеркин, Н.А. Пелешенко, Т.А. Рыскаль (Киев, Украина)
Тимпанопластика по IV типу с костным экранированием окна улитки 99

А.Ю. Запорощенко, А.С. Чемеркин, Н.А. Пелешенко, Т.А. Рыскаль (Киев, Украина)
Использование биокерамического трансплантата в реконструктивной хирургии среднего уха 100

М.А. Золотарева, Л.В. Гуляева, А.А. Бондаренко, А.М. Михальченко, Т.И. Коровайко,

С.М. Подуздикова, Н.А. Гамова, Н.И. Степаненко (Симферополь, Украина)
Персистирующие инфекции у детей 101

М.А. Золотарева, Л.В. Гуляева, А.А. Бондаренко, Т.И. Коровайко, А.М. Михальченко, Т.Н. Лебедева (Симферополь, Украина)
Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей 103

И.А. Ивашин, В.В. Полканова, Н.М. Дрозина (Севастополь, Украина)
Ринохирургия и дисфункции слуховой трубы 104

Р.Д. Карал-оглы (Одесса, Украина)
Применение препарата «Горлоспас» в комплексном лечении воспалительных заболеваний глотки 105

С.А. Карпіщенко, О.Є. Верещагіна (Санкт-Петебург, Росія)
Діагностичні можливості ендоскопії в ларингології 106

С.А. Карпищенко, О.И. Долгов (Санкт-Петербург, Россия)
Результаты лечения хронических паралитических стенозов гортани методом эндоскопической лазерной хордаритеноидэктомии 107

С.А. Карпищенко, Г.В. Лавренова, Л.Р. Кучерова, А.Е. Вертоголов (Санкт-Петербург, Россия)
Алгоритм диагностики и лечения воспаления риносинусотубарной зоны 108

С.А. Карпищенко, М.А. Рябова, М.Ю. Улупов, Е.В. Березкина (Санкт-Петербург, Россия)
Фотодинамическая терапия в сочетании с лазерной хирургией в лечении начальных стадий рака гортани 109

С.А. Карпищенко, М.А. Рябова, Н.А. Шумилова (Санкт-Петербург, Россия)
Биологические эффекты лазерного излучения с длиной волны 810 и 970 НМ 109

В.В. Кизим, С.К. Боенко, Е.А. Юренко (Донецк, Украина)
Метаанализ клинико-морфологических проявлений ларингофарингеального рефлюкса 110

В.В. Кизим, С.К. Боенко, Е.А. Юренко (Донецк, Украина)
pH-мониторинг в диагностике ларингофарингеального рефлюкса 111

В.В. Кизим, В.В. Толчинский, Е.А. Юренко, Е.Б. Качанова (Донецк, Украина)
Комбинированная терапия респираторного папилломатоза 112

Ол.Ол. Кіцера Вушний шум, як основний симптом хронічних хвороб вуха 117

В.В. Кіщук, А.І. Барціховський, С.В. Зайков, К.А. Барціховський, І.В. Дмитренко (Вінниця, Україна)
Інформативність триболюмінометрії цільної крові до і після інкубації зі склеромним антигеном для верифікації склероми 113

В.В. Кіщук, О.Д. Бондарчук, І.В. Дмитренко, К.А. Лобко, А.І. Барціховський, О.О. Стечишин (Вінниця, Україна)
Методика застосування біокомпозиту «Синтекість» при захворюваннях і травмах ЛОР-органів 114

В.В. Кіщук, В.М. Васильєв, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховський (Вінниця, Україна)
Сучасні підходи до антибактеріального лікування хворих на склерому 115

В.В. Кіщук, О.О. Стечишин, А.П. Король, О.Д. Бондарчук, О.В. Шинкарук (Вінниця, Україна)
Обгрунтування вилуження при застосуванні біокомпозиту «Синтекість» в експерименті 116

А.П. Ковалик, І.В. Мальована, І.В. Хоружий, Р.Т. Чортківський, Т.В. Чортківський, В.А. Левчук (Тернопіль, Чортків, Кременець; Україна)
Місцеве лікування хронічного субатрофічного та атрофічного фарингіту 118

П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, І.А. Гавура, О.В. Говда, О.В. Стахів, Т.В. Чортківський (Тернопіль, Чортків; Україна)
Неживі сторонні тіла зовнішнього слухового ходу у дорослих 119

П.В. Ковалик, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, Ф.Ю. Кийко, О.В. Говда, О.В. Стахів (Тернопіль, Україна)
Тактика лікування хворих на кровоточивий поліп перегородки носа 120

Т.М. Козаренко, Д.А. Кравченко, Ю.О. Сережко, К.Ю. Логаніхіна (Київ, Україна)
Можливості ультразвукового дослідження гортані у хворих на рак серединного відділу гортані I-II стадії 122

Т.М. Козаренко, К.Ю. Логаніхіна, Е.В. Лукач, Ю.О. Сережко, Д.А. Кравченко (Київ, Україна)
Застосування функціональних проб при мультидетекторній комп'ютерній томографії шиї 123

Д.Н. Кокоркин (Запорожье, Украина)
Ирригационно-осмотическая терапия у детей с патологией носа, пазух и среднего уха 123

Д.Н. Кокоркин, А.Д. Гусаков (Запорожье, Украина)
Опыт использования препарата «Кандибиотик» у детей с острыми и хроническими средними отитами 125

А.С. Коношков, К.В. Летягин (Санкт-Петербург, Россия)
Возможности диагностики острых травм носа 126

В.Г. Корицький, В.А. Башинський, І.М. Гомза, В.А. Левчук, Р.Т. Чортківський (Тернопіль, Кременець, Чортків, Україна)
Застосування Тонзипрету при хронічному катаральному фарингіті у дітей 127

І.А. Косаківська, А.Л. Косаковський (Київ, Україна)
Хірургічні втручання на нижніх носових раковинах у дітей 128

І.А. Косаківська, А.Л. Косаковський (Київ, Україна)
Електротермоадгезія нижніх носових раковин у дітей 129

А.Л. Косаковський, О.Ю. Бредун, А.А. Лайко, Ю.А. Молочек (Київ, Україна)
Досвід лікування вроджених вад розвитку у дітей віком до 1 місяця 130

А.Л. Косаковський, Я.В. Шкорботун (Київ, Україна)
Наш досвід виконання оптичноконтрольованої аденотомії 131

Л.В. Кот, Е.И. Моргун, Н.Ф. Болотина (Донецк, Украина)
Лечение полипозного риносинусита у пациентов с аспириновой триадой 132

В.В. Кривша, О.О. Пелешенко, А.В. Гармашева (Київ, Україна)
Імунотерапія в комплексному лікуванні хворих на ХГСО, ускладнений лабіринтитом 133

В.В. Кривша, О.О. Пелешенко, Б.Г. Іськів, А.В. Гармашева (Київ, Україна)
Мастоїдопластика «Остеапатитом керамічним» при реопераціях, виконаних хворим на ХГСО 133

М.М. Крук (Львів, Україна)
Визначення функціонального стану слухової труби при негнійних середніх отитах 134

М.Б. Крук, М.М. Крук (Львів, Україна)
До питання визначення еквіпресорно-вентиляційної функції слухової труби 135

М.Б. Крук, М.М. Крук, Р.М. Герон, В.В. Олашин, І.І. Фирцович, А.Ю. Гаєвський, В.Ю. Гаєвський (Львів, Україна)
Алгоритм лікування риносинуситів 136

А.А. Курусь, Е.Б. Катинас (Санкт-Петербург, Россия)
К вопросу о деструкции костей лицевого отдела черепа при мукоцеле околоносовых пазух 137

Е.Г. Ладария, В.Г. Ягельский, Е.В. Ягельский (Донецк, Украина)
Применение гипербарической оксигенации в функциональной и эстетической хирургии носа 138

А.А. Лайко, О.Ф. Мельников, Ю.В. Гавриленко (Київ, Україна)
Клініко-лабораторна діагностика і лікування запалення слухової труби у дітей 138

А.А. Лайко, Л.А. Шух, В.В. Сегал, Н.Ю. Павловська (Київ, Україна)
Хірургічна корекція «клапана» носа 139

О.Е. Ламза, В.В. Ковтуненко, В.Л. Бородуля (Днепропетровск, Украина)
Анализ оказания ургентной лор помощи жителям г. Днепропетровска 140

К.А. Лобко, В.В. Кіщук, А.Д. Лобко, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, А.І. Барціховський (Вінниця, Україна)
Наш досвід по лікуванню патології глотки у вагітних 141

Е.В. Лукач, Ю.О. Сережко, Є.І. Клочков, В.Я. Діхтярук, В.В. Стрежак, Є.М. Цимбалюк, Н.В. Зайцева (Київ, Україна)
Хіміопроменева терапія хворих на рак глотки з регіонарними метастазами 142

В.І. Луценко, А.І. Розкладка (Київ, Україна)
Можливості безмедикаментозного лікування цілорічного алергічного риніту 143

О.Н. Лысенко (Свердловск, Украина)
Трансформация чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам (антибиотик линкомицин в терапии заболеваний ЛОР-органов) 144

О.Н. Лысенко (Свердловск, Украина)
Результаты лечения синуситов при пункционном и беспункционном методе лечения 144

С.Н. Мазлумьянц, С.В. Чернышенко, Э.Н. Рамазанов, Т.А. Дурягина (Симферополь, Украина) Аденоиды у взрослых 145

Т.В. Маляренко (Київ, Україна)
Фармакотерапія хворих на сезонний алергічний риніт у період загострення із застосуванням фітопрепаратів 146

М.К. Манюк, П.И. Абабий, Л.А. Данилов (Кишинев, Молдова)
Иммуногистохимичиские аспекты у детей с рецидивирующими и хроническими риносинуситами 148

О.Ф. Мельников (Киев, Украина)
Респіброн – мукозальна вакцина нового виду 150

В.А. Мельник, П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, І.В. Мальована, О.В. Говда, О.В. Стахів (Рівне, Тернопіль; Україна)
Спеціальне робоче місце і сучасний інструментарій лікаря оториноларинголога 149

О.Ф. Мельников, О.М. Горбач, В.М. Писанко (Київ, Україна)
Особливості імунного статусу хворих з хронічним тонзилітом, перебіг якого супроводжується рецидивами ангін та формуванням паратонзилярних абсцесів 151

О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная, А.Ю. Бредун, Ю.А. Молочек, О.Г. Рыльская (Киев, Украина)
Современная иммунодиагностика хронического тонзиллита 152

О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная, В.П. Семенюк, В.И. Левандовская, Э.В. Потапов (Киев, Ивано-Франковск, Харьков; Украина)
Концентрация защитных белков и полипептидов в ротоглоточном секрете у детей в различные сроки после аденотомии 152

О.Ф. Мельников, М.Б. Самбур, М.Д. Тимченко, Т.В. Сидоренко (Киев, Украина)
Иммунореабилитационный потенциал Имупрета при воздействии антибиотиками 153

О.Ф. Мельников, М.Д. Тимченко, М.Г. Добриди (Киев, Украина)
Показатели локального Иммунитета ротоглотки при лечении детей острым фарингитом препаратом Лизак 153

О.Ф. Мельников, С.В. Тимченко, Т.Ю. Панченко, Т.Ю. Василенко, Э.А. Мурзина (Киев, Украина)
Влияние in vitro различных иммуномодуляторов на функциональное состояние лимфоцитов и фагоцитов крови больных рецидивирующим наружным отитом 154

О.Ф. Мельников, С.В. Тимченко, Т.В. Маляренко, Т.В. Сидоренко, А.И. Каминская (Киев, Украина)
Исследование механизмов дезаллергизирующего действия препарата Ринитал 155

Т.Г. Милоченко, Б.И. Павлык, Б.И. Безбах (Киев, Украина)
Дооперационная подготовка больных с паралитическим стенозом гортани и послеоперационная фонотерапия 155

Ю.В. Мітін, В.М. Васильєв, О.М. Науменко, Ю.В. Дєєва (Київ, Україна)
Історія кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця 156

Ю.В. Мітін, В.Л. Дідковський, Н.І. Терентьєва (Київ, Україна)
Порівняльна характеристика ультразвукової абляції та підслизевої вазотомії нижніх носових раковин при вазомоторному риніті 157

Ю.В. Мітін, С.П. Шиян, О.М. Сорока (Київ, Україна)
Особливості патогенезу поліпозних риносинуїтів 158

Ю.В. Мітін, Л.Р. Криничко, О.О. Островська (Київ, Україна)
Післяопераційне лікування раніше оперованих хворих з приводу хронічного поліпозного етмоїдиту 159

Е.И. Назарук, В.П. Гончарук, Э.Э. Арифова (Симферополь, Украина)
Кератоакантома в практике отоларинголога 160

О.М. Науменко, О.В. Діхтярук, А.В. Каплієва (Київ, Україна)
Вплив перорального пробіотика Bio Gaia на мікрофлору ротової порожнини 161

П.В. Нечипоренко, О.Н. Коваль, А.В. Ковалева, Е.А. Ступак (Донецк, Украина) Хирургическое лечение абсцессов головного мозга отогенного генеза 162

П.В. Нечипоренко, М.И. Ситухо, А.С. Платонов (Донецк, Украина)
Хирургическая тактика при лечении вторичного гнойного менингита при остром гнойном среднем отите 163

М.И. Никулин, В.И. Троян, И.М. Никулин, А.Н. Костровский, К.Г. Назаренко (Запорожье, Украина)
Использование малоинвазивных эндоскопических технологий в лечении больных полипозным риносинуитом 164

Л.М. Омерова (Киев, Украина)
Хронический риносинусит – возможности фэкс по результатам комплексного лечения пациентов 165

Б.И. Павлык, Д.И. Безбах, Ю.Н. Зинченко, И.М. Багирова (Киев, Украина)
Мікроларингохирургия. особенности анестезиологического обеспечения 166

А. Панковска, Х. Скаржиньскі, Й. Сольніца, А. Барей, П.Х. Скаржиньскі, К. Волуєвіч, О. Ізнар-Богданова, Р. Бариляк (Варшава/Каєтани, Польща)
Домашня клініка реабілітації (ДКР)-проект організації реабілітації поряд з домом пацієнта 167

Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, Д.Н. Пилипюк (Одесса, Украина)
Базисные тенденции современной терапии хронического ларингита 167

М.Б. Пионтковская (Одесса, Украина)
Вопросы профилактики дискинезии мукоцилиарной системы
в сопровождении постимплантационных риносинуситов 168

М.Б. Пионтковская, Ф.Д. Евчев (Одесса, Украина)
Проблемы сопутствующих лучевых эпителиитов при лечении рака различных
ЛОР-локализаций 169

О.Г. Плаксивий, І.В. Калуцький, О.О. Мазур, М.В. Бербенчук (Чернівці, Україна)
Застосування препарату «Серрата» у комплексному лікуванні хворих на хронічні
гнійні синуїти та ексудативний отит 169

О.Г. Плаксивий, О.О. Мазур, І.В. Калуцький, І.В. Незборецький (Чернівці, Україна)
Інтерпретація дегідратаційних тестів та їх діагностична цінність при хворобі Меньєра 171

В.І. Попович, В.М. Ванченко, Н.М. Кудерська, Р.М. Фіщук (Івано-Франківськ, Україна)
Проблема взаємодії між лікарськими засобами при лікуванні інфекцій
верхніх дихальних шляхів 172

В.І. Попович, Р.Й. Котурбаш, В.П. Вальчишин, В.П. Семенюк, Л.І. Пілецька, М.О. Гайналь (Івано-Франківськ, Україна)
Місце ендоскопії в дитячій отоларингології 173

И.В. Приступа, Н.А. Чухольская, Ю.В. Сятковская (Витебск, Беларусь)
Комплексное лечение хронических тонзиллитов в амбулаторно-поликлинических
условиях 174

Г.С. Протасевич (Тернопіль, Україна) Отгематома у похилому віці 175

Г.С. Протасевич (Тернопіль, Україна)
Рецидивуючі аденоїдні вегетації у 30-річної жінки 176

Г.С. Протасевич, А.І. Гавура, О.В. Говда, Л.В. Яшан, Є.Ю. Ткаченко, Р.Т. Чортківський (Тернопіль, Чортків; Україна)
Лікування хворих на хронічний атрофічний риніт із застосуванням
назального спрею «АКВА МАРІС®» 177

Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, А.І. Гавура, О.В. Стахів, О.В. Говда, М.М. Могитич, Д.М. Могитич (Тернопіль, Україна)
Посттравматична деформація перегородки носа і хронічний синуїт 178

Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, О.В. Говда, А.І. Гавура, У.Р. Дужик, О.В. Стахів, В.А. Левчук (Тернопіль, Кременець, Україна)
Використання явища церуменолізису в отології 179

Г.С. Протасевич, Л.В. Яшан, А.І. Гавура, О.В. Говда, В.Г. Корицький, Є.Ю. Ткаченко, В.А. Левчук (Тернопіль, Кременець; Україна)
Причини утруднення носового дихання у дорослих та дітей 181

С.М. Пухлик (Одесса, Украина)
Рациональная терапия при экссудативных риносинуситах 181

С.М. Пухлик, Н.Ш. Али Эль-Хабиб (Одесса, Украина)
Особенности этиологии, клинического течения поллинозов Одесской области 183

С.М. Пухлик, К.К. Васильев, А.В. Половникова (Одесса, Украина)
К истории Одесского отоларингологического общества 183

С.М. Пухлик, О.Ф. Мельников, А.П. Щелкунов (Одесса, Киев, Украина)
Риносинуситы купального сезона – этиопатогенез, подходы к диагностике и лечению 184

С.М. Пухлик, И.К. Тагунова, А.В. Андреев (Одесса, Украина)
Клинико-иммунологический эффект криохирургического лечения больных
с тонзиллитом язычной миндалины 185

С.М. Пухлик, И.К. Тагунова, К.Г. Богданов, А.В. Андреев (Одесса, Украина)
Применение иммуномодулятора дерината в практике лечения детей с аденоидитами 186

С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, О.В. Титаренко, Д.В. Карпович (Одесса, Украина)
Лечение хронических аденоидитов с помощью препарата «Синупрет» (результаты постмаркетингового клинического следования) 187

Э.Н. Рамазанов, Н.А. Лясковская, С.В. Чернышенко, Т.А. Дурягина, С.Н. Мазлумьянц (Симферополь, Украина)
Наш опыт применения плазмафереза в лечении нейросенсорной тугоухости 188

В.М. Рахманов, Д.И. Клименко, Р.В. Рахманов (Днепропетровск, Украина)
Психологические аспекты лечения больных с ушным шумом 189

В.М. Рахманов, Д.И. Клименко, Р.В. Рахманов (Днепропетровск, Украина)
Алгоритм слухо-речевого тренинга в системе реабилитации детей с сенсоневральной тугоухостью 190

Д.Д. Редько, И.Д. Шляга, И.А. Новикова, А.В. Гомоляко (Гомель, Беларусь)
Иммунный статус пациентов с хроническим грибковым и грибково-бактериальным синуситом 191

А.І. Розкладка, І.А. Бєлякова, Т.П. Лоза, В.І. Луценко, Л.М. Вакуленко (Київ, Україна) Показники реоенцефалографії у хворих з хворобою Меньєра 192

А.І. Розкладка, І.А. Бєлякова, В.І. Луценко, Т.П. Лоза, Л.М. Вакуленко (Київ, Україна)
Стан слухової функції у пацієнтів з хворобою Меньєра за даними суб'єктивної аудіометрії 193

А.И. Розкладка, А.С. Журавлев, Е.В. Демина (Киев, Харьков; Украина)
О влиянии амплитудно-частотных характеристик различных наушников, используемых в плеерах, на слуховую функцию 194

А.І. Розкладка, В.І. Луценко, І.А. Бєлякова, Т.П. Лоза, Л.М. Вакуленко (Київ, Україна) Стан вестибулярної функції у пацієнтів з хворобою Меньєра 195

А.П. Рыбалко, И.А. Ульянов, Р.А. Вовяков (Макеевка, Украина)
Особенности топического лечения верхнечелюстных синуситов 197

М.Б. Самбур, Д.І. Заболотний, Л.Д. Кривохатська, Т.Д. Савченко, Ю.В. Кікоть, О.Л. Костюченко (Київ, Україна)
Стан системи Інтерферону у хворих на передракові захворювання гортані 198

А.М. Сандул, Н.С. Бураковский, А.М. Гагауз, Б.Н. Киртоакэ, Т.Н. Ходоноагэ (Кишинев, Молдова)
Послеоперационное ведение больных с ринофимой 198

К.Г. Селезнев, И.Е. Берест (Донецк, Луганск; Украина)
сравнительная оценка результатов фационного исследования носового секрета в норме и у больных вазомоторным ринитом 199

К.Г. Селезнев, С.А. Долженко, С.Н. Сердюк, О.В. Малеев (Донецк, Украина)
Значение психосоматического состояния в лечении функциональных дисфоний 200

К.Г. Селезнев, З.Т. Климов, А.В. Уткина (Донецк, Украина)
Функциональная хирургия хронического гнойного фронтита 200

К.Г. Селезнев, М. Макни, О.С. Окунь (Донецк, Украина)
Особенности фаций носового секрета у больных сезонным аллергическим ринитом 201

К.Г. Селезнев, С.Н. Сердюк, С.А. Долженко, П.В. Андреев, Е.Я. Кузьменко (Донецк, Украина)
Применение экстракорпоральной антибиотикотерапии в лечении злокачественных наружных отитов у больных с сахарным диабетом 202

Х. Скаржиньскі, Р. Бариляк, П.Х. Скаржиньскі, М. Мрувка. М. Поровскі (Варшава/Каєтани, Польща)
Віддалені результати використання імплантів ВАНА (Bone Anchored Hearing Aids) у пацієнтів з набутими і вродженими вадами слуху 203

Х. Скаржиньскі, Р. Бариляк, М, Поровскі П.Х. Скаржиньскі, М. Мрувка (Варшава/Каєтани, Польща)
Сучасні можливості використання імплантів середнього вуха Vibrant Soundbridge 204

Х. Скаржиньскі, П.Х. Скаржиньскі, Р. Бариляк, М, Поровскі, М. Мрувка. М. Матусяк (Варшава/Каєтани, Польща)
Результати збереження слуху після кохлеарної імплантації з використанням ріних типів імплантів 204

А.А. Сквирская, Н.В. Хоботова (Днепропетрвоск, Украина)
К вопросу о лечении рецидивирующих полипозных риносинуситов 205

Н.В. Скорая, Л.І. Пантюшенко, Ю.Г. Резніченко (Запоріжжя, Україна)
Покращення ефективності лікування хронічних запальних захворювань ЛОР-органів у дітей 205

В.В. Скоробогатый, Н.А. Ковтун, И.А. Чехута (Запорожье, Украина)
Применение Цефподоксима Проксетилав терапии ангин в амбулаторных условиях 206

Ю.П. Спиженко, Н.Ю. Спиженко, Д.И. Заболотный, Э.В. Лукач, Ю.А. Сережко (КИЕВ, Украина)
Стереотаксическая радиохирургия у больных со злокачественными опухолями верхних дыхательных путей. Первые результаты 207

О.В. Стахів, О.В. Говда, У.Р. Дужик, А.І. Гавура, Л.В. Яшан, Г.С. Протасевич, Р.Т. Чортківський (Тернопіль, Чортків; Україна)
Тонзипрет в лікуванні хронічного катарального фарингіту у дорослих 209

И. Сребняк, В. Овсяник
Новейшие стратегии кодирования в системах кохлеарной имплантации фирмы Med-El 249

Ю.А. Сушко, О.Н. Борисенко, И.А. Сребняк, Е.Е. Прокопенко, В.Т. Джус (Киев, Украина)
Билатеральная кохлеарная имплантация 210

Ю.А. Сушко, О.Н. Борисенко, И.А. Сребняк, А.И. Кизим, Е.Е. Прокопенко, В.Т. Джус (Киев, Украина) Холестеатома среднего уха в возрастном аспекте 211

И.А. Талалаенко, С.К. Боенко, С.И. Зурнаджи, А.М. Пушкарук, А.Ф. Зимоглядов (Донецк, Украина)
Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с хроническими синуситами 212

И.А. Талалаенко, С.К. Боенко (Донецк, Украина)
Анатомические особенности крючковидного отростка у больных с хроническими воспалительными заболеваниями передней группы околоносовых пазух по данным компьютерной томографии 213

Г.Е. Тімен, П.В. Віннічук, Л.А. Кудь (Київ, Україна)
Діагностика сенсоневральной приглухуватості I-II ступеня в дитячому віці 214

Г.Е. Тімен, П.В. Віннічук, Л.А. Кудь (Київ, Україна)
Додаткове обстеження хворих із сенсоневральною приглухуватістю I-II ступенів 214

Г.Е. Тімен, П.В. Вінничук, Л.А. Кудь, С.П. Чубко, К.Л. Руденька (Київ, Україна)
Глутаргін як складова у комплексній терапії сенсоневральної приглухуватості 215

Г.Е. Тімен, Л.А. Кудь (Київ, Україна)
Лікування гострих риносинуситів на сучасному етапі 215

Г.Е. Тімен, В.М. Писанко, Б.М. Миронюк, Л.І. Кобзарук (Київ, Україна)
Можливості використання електрокохлеографії та отоакустичної емісії в діагностиці скалярної приглухуватості 216

Г.Є. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова, О.І. Паламар (Київ, Україна) Хірургічне лікуванні ангіофіброми основи черепа 217

Г.Є. Тімен, В.П. Яценко, В.М. Писанко, С.П. Чубко, С.Н. Алхімова (Київ, Україна)
Алгоритм прогнозування крововтрати при хірургічному лікуванні ангіофіброми основи черепа 218

Ф.О. Тишко (Київ, Україна) Хірургія верхньощелепних пазух 219

Ф.О. Тишко (Київ, Україна)
Проблеми діагностики захворювань гортані і ощадливих операцій 220

В.О. Тишко, С.Г. Гичка, І.О. Кузьмук
Лікувальна тактика у хворих з поєднаною патологією викривлення перегородки носа та вазомоторний риніт 253

В.Н. Ткаченко (Киев, Украина)
Отдалённые результаты устранения резко выраженных сколиоза и кифоза носа 221

В.Н.Ткаченко (Киев, Украина)
Дифференциальная диагностика обострения хронического фарингита 221

В.В. Толчинский, Н.Г. Мироненко (Донецк, Украина)
Роль видеоэндоскопии в выборе тактики хирургического лечения рака гортани 222

В.В. Толчинский, Е.Н. Трофимова (Донецк, Украина)
Эндоназальные кортикостероиды в лечении медикаментозного ринита 223

В.И. Троян, А.Н. Костровский, И.А. Синайко, Е.В. Лобова (Запорожье, Украина)
Состояние интраоперационной микрогемоциркуляции в щитовидном хряще у больных раком гортани I-II стадий 224

А.Е. Федоренко, В.П. Болтоносов, О.А. Цыбуля, Е.В. Щербак (Донецк, Украина)
Комплексное лечение острого посттравматического среднего отита у детей 225

С.В. Филимонов, В.Н. Филимонов, В.Г. Бородулин (Санкт-Петербург, Россия)
О необходимости диагностической тимпанотомии в случаях неясной тугоухости 226

И.М. Храпко, С.А. Храпко (Донецк, Украина)
Особенности хирургических техник коррекции костного свода при чрезмерном развитии четырехугольного хряща 227

А.В. Цимар (Львів)
До питання консервативного лікування хронічного гнійного середнього отиту 228

А.В. Цимар, В.М. Пушкарьова (Львів, Україна)
Місцева терапія аденоїдиту 228

И.Э. Чернышева (Одесса, Украина)
Диагностика и лечение хронического тонзиллита с позиций доказательной медицины 230

С.В. Чернышенко, Т.А. Дурягина, Э.Н. Рамазанов, С.Н. Мазлумьянц (Симферополь, Украина)
Клиника «Genesis». Современный подход к решению проблем здоровья 231

Р.Т. Чортківський, В.А. Левчук, Д.В. Береговий, В.Г. Корицький, В.А. Башинський, І.М. Гомза (Чортків, Кременець, Волочиськ, Тернопіль; Україна)
Септофіт в місцевому лікуванні хронічного катарального фарингіту у дітей 232

Н.А. Чухольская, И.В. Приступа, Ю.В. Сятковская (Витебск, Беларусь)
Опыт применения гомеопатических препаратов в лечении острых и хронических синуситов в амбулаторной практике 233

В.О. Шкорботун, Я.В. Шкорботун, Т.Г. Кунах (Київ, Україна)
Перспективи застосування навігаційної системи в отохірургії 234

В.О. Шкорботун, К.В. Лях, Я.В. Шкорботун (Київ, Україна)
Конусно-променева комп'ютерна томографія в обстеженні пацієнтів з патологією приносових синусів 235

В.О. Шкорботун, Т.В. Маркітан (Київ, Україна)
Часова характеристика інформативності комп'ютерної томографії в діагностиці флегмонозних захворювань глотки та шиї 236

В.О. Шкорботун, Б.М. Миронюк, Я.В. Шкорботун, Д.Д. Заболотна (Київ, Україна)
Хірургічний досвід виконання 232 кохлеарних імплантацій у пацієнтів з сенсоневральною глухотою 237

В.О. Шкорботун, Я.В. Шкорботун, К.В. Лях (Київ, Україна)
Модифікована відеоасистована аденотомія у дітей з використанням кутового мікродебрідера 238

Н.А. Юревич, Н.В. Змеева (Харьков, Украина)
Оценка информативности биоиндикационных методов у больных с круглогодичным аллергическим ринитом 239

Ф. Юрочко (Львів, Україна)
Оптимальна емпірична терапія важких отоларингологічних інфекцій у дітей 240

К.Ф. Ягудин, В.Р. Деменков, Р.К. Ягудин (Луганск, Украина)
Внутриротовой доступ при резекции удлиненного шиловидного отростка 240

Р.К. Ягудин, К.Ф. Ягудин, В.Р. Деменков (Луганск, Украина)
Модификация увулопалатофарингопластики при лечении храпа и синдрома обструктивного сонного апноэ 241

В.В. Яцків, О.І. Яшан (Чернівці, Тернопіль; Україна)
Діагностичне значення досліджень патологічного вмісту середнього вуха методами лазерної поляриметрії 242

В.В. Яцків, О.І. Яшан (Чернівці, Тернопіль; Україна)
Діагностичне значення досліджень патологічного вмісту середнього вуха методами лазерної поляриметрії 242

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, В.А. Левчук, Т.В. Чортківський (Тернопіль, Кременець, Чортків; Україна)
Лікування дітей з аденоїдними вегетаціями і хронічними аденоїдитами з використанням Тонзилотрену 243

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, А.І. Гавура, О.В. Стахів, О.В. Говда (Тернопіль, Україна)
Клініка і діагностика аденоїдних вегетацій у дорослих 244

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, У.Р. Дужик, О.В. Стахів, О.В. Говда, Т.В. Чортківський (Тернопіль, Чортків; Україна)
Методика знеболювання при аденотомії у дорослих 245

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, І.А. Гавура, Т.В. Чортківський (Тернопіль, Чортків; Україна)
Живі сторонні тіла зовнішнього слухового ходу у дітей 246

О.І. Яшан, І.В. Хоружий (Тернопіль, Україна)
Апоптотичні зміни завитки внутрішнього вуха при гострому середньому отиті 247