

Міністерство охорони здоров'я України
Національна Академія медичних наук України
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації
Одеський Національний медичний університет
Одеське обласне товариство оториноларингологів

ХІІІ З'їзд оториноларингологів України

20-22 вересня 2021 р.

Одеса – 2021

Редакційна колегія

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); доктор медичних наук М.Б. Самбур; доктор медичних наук, професор С.М. Пухлік; доктор медичних наук, професор О.М. Борисенко; доктор біологічних наук, професор С.В. Верьовка; доктор медичних наук, професор Д.Д. Заболотна; кандидат біологічних наук А.Ф. Карась; доктор медичних наук, професор Е.В. Лукач; доктор медичних наук В.І. Луценко; доктор медичних наук, професор О.Ф. Мельников; доктор медичних наук В.М. Писанко; доктор медичних наук, професор Т.А. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

Адреса редакції: 01680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3, тел. +38 044 483 12 82

Підписано до друку 10.09.2021 р.

Зам. 9-1000. Формат 60x84/8. Тираж 1400 прим.

Виготовлено ФОП Чудутова Г.Ю.

характер. У части больных жалобы круглогодичные, но имеют период обострения в весенне-летний период, а также наличие аллергических заболеваний в семье.

Затем проводился клинический осмотр – фарингоскопия, выполнялся ряд клинических и инструментальных методов исследования: ОАК, исследование IgE, Цитологическое исследование глоточной и носовой слизи.

Таким образом мы выделили основные жалобы, характерные для всех форм хронического

фарингита: першение, боли, жжение в горле. Однако остальные жалобы могут варьировать. Поэтому мы считаем важным на первом этапе обследования таких больных использовать диагностический алгоритм уже на этапе сбора анамнеза для дальнейшего грамотного ведения больного и решения вопроса о необходимости дальнейшего аллергологического обследования, что станет целью нашего следующего исследования.

© С.М. Пухлик, А.А. Суворкина, 2021

С.М. ПУХЛИК, О.В. ТИТАРЕНКО (ОДЕССА, УКРАИНА)

НАШИ НАБЛЮДЕНИЯ СИНДРОМА СЛАДЕРА

Невралгия крылонебного узла нередко имеет вторичный характер и в большинстве случаев протекает на фоне какой-либо патологии полости носа или придаточных пазух. Помимо парасимпатических и симпатических волокон, п. pterigopalatinus содержит чувствительные корешки, которые имеют связи с реснитчатым и ушным узлами. В связи с полиморфностью проявлений данной невралгии, пациенты нередко обращаются с жалобами на болезненные ощущения в ухе, глотке, не обращая внимания на носовую симптоматику.

Мы наблюдали 7 случаев проявления синдрома Сладера. Только в 1 из них невралгия не была связана с носовой патологией и возникла после перенесенной герпетической инфекции верхних дыхательных путей. У 3 пациентов диагностировано обострение хронического гнойного гемисинусита, причем у 2 – одонтогенного характера. У 2 лиц периодическое подострое течение наблюдалось на фоне искривления носовой перегородки и обострения хронического вазомоторного ринита, у 1 – при рецидивирующем бактериальном тонзиллите. Ведущей жалобой было появление нарастающего пароксизмального болевого симптома, причем нередко не в зоне локализации источника возникновения невралгии. Чаще всего боль локализовалась в области неба с иррадиацией в ухо, шею, затылок, глазное яблоко. Трое из пациентов были направлены в клинику от смежных специалистов (невропатологов, стоматологов, окулистов), которыми уже был проведен малоэффективный курс терапии. Отличительным характером невралгии было появление расстройства носовой вегетатики, которое сопровождалось гиперсекрецией слизи, усилением отека слизистой оболочки полости носа, щеки,

односторонним затруднением носового дыхания, гиперемией конъюнктивы, слезотечением. В межприступном периоде в 3 случаях отмечалась гипестезия мягкого и твердого нёба, боковой стенки глотки, парестезии лица. 4 пациента жаловались на появления шума в ухе на стороне поражения. Причем у двоих он был связан с развившимся тубоотитом, носил постоянный низкочастотный характер. У 1 пациента появлялись щелкающие звуки в ухе, вероятно связанные с судорожными сокращениями мышц глотки. У одного больного диагностирована острая сенсоневральная тугоухость вирусной этиологии без воспалительного процесса в среднем ухе, вестибулопатия.

Всем пациентам назначалась КТ придаточных пазух носа, на которой оценивалось не только их состояние, но и окружающих анатомических образований (носоглотки, среднего уха, крылонебной ямки) для исключения, в первую очередь, опухолевой причины заболевания.

Отличительным диагностическим признаком заболевания являлось прекращение (3) или снижением интенсивности (4) болевого симптома на фоне смазывания боковой стенки носа 10% раствором лидокаина. Однако однократного применения было недостаточно, боль возвращалась после окончания действия лекарственного препарата. Поэтому назначали его в виде закапывания в нос, лежа на соответствующем боку 3-4 раза в день. Однако первоочередной задачей лечебной тактики была санация источника инфекции, и как следствия – вторичной невралгии. Помимо этиотропной назначалась патогенетическая терапия: системное применение нестероидных противовоспалительных препаратов, кортикостероидных гормонов, противосудорожных медикаментов (финлепсин,

габапентин), вітаміни групи В, ультракаїнові блокади крилонобного ганглія (внутриносова, підскулова, небна). Местно доповняли терапію ендоназальним електрофорезом з кортикостероїдами.

Діагностика синдрому Сладера іноді буває затруднена в зв'язі з іррадіюючим характером болю, дистанційно удаленої от

источника виникнення невралгії. Поверхностний огляд пацієнта може привести до діагностичних помилок і відтермінувати призначення адекватної терапії. Лікування повинно бути по можливості етіотропним, однак в даній ситуації не уникнути його патогенетичної спрямованості.

© С.М. Пухлик, О.В. Титаренко, 2021

С.М. ПУХЛИК, А.Н. ЧУРСИНА (ОДЕСА, УКРАЇНА)

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Актуальність: Ріверіус вперше 3 століття тому описав секреторний середній отит як самостійне захворювання, яке характеризується утворенням в середньому вусі в'язкої рідини. Секреторний середній отит на сьогоднішній день є поширеною оториноларингологічною патологією в дитячому віці. Частота поширеності даної патології у дітей від 2-х до 8 років становить 60-70% серед тих, які звернулися до отоларинголога.

Мета: Порівняння ефективності лікування рецидивуючого секреторного отиту за допомогою різних методів (аденомомії, інтраназальних глюкокортикостероїдів, симптоматичних та гомеопатичних) для вибору оптимального методу лікування.

Методи: У обстеженні та лікуванні взяли участь 70 дітей (30 хлопчиків та 40 дівчаток) у віці від 2 до 8 років з рецидивуючим секреторним отитом. Всім пацієнтам перед призначенням лікування було проведено огляд ЛОР-органів, аудіометрія, тимпанометрія, ендоскопія носоглотки, цитологічне дослідження мазка зі слизової носоглотки, бактеріологічне дослідження виділень з вуха і носа на патогенну мікрофлору. Проведено алергологічне обстеження дітей (збір алергоанамнезу, кожне та лабораторне алерготестування). Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стюдента за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel- 8.0. Спостереження за дітьми продовжувалося 6 місяців, протягом яких реєструвалися всі симптоми отиту. Основні критерії оцінки ефективності були: 1) загальна кількість епізодів рецидиву отиту; 2) кількість відвідувань лікаря з приводу будь-якої інфекції (педіатра, оториноларинголога дитячого); 3) частота неефективності терапії, визначалася як 2 або 3 епізодів рецидивуючого отиту протягом 6 місяців за час періоду спостереження; 4) тривалість симптомів

респіраторної інфекції. Через 6 місяців пацієнтам був проведений контрольний огляд.

Всі діти були розподілені на 3 групи. I група – 20 пацієнтів – була призначена аденомомія, пацієнтам II групи – 30 дітей – призначена терапія інтраназальними глюкокортикостероїдами (мометазона фуоат), а також тренування м'язів слухової труби. Батьки пацієнтів III групи відмовилися від операції аденомомії та призначених інтраназальних глюкокортикостероїдів. Тому, пацієнтам III групи – 20 дітей призначено застосування гомеопатичних препаратів, а також місцеві та системні деконгестанти короткими курсами. Всі батьки перед призначенням лікування пацієнтів були проінформовані та дали згоду на проведення наукового дослідження.

Результати. Серед пацієнтів I та II групи ефективність вища за рахунок призначення ефективного лікування, а ніж у пацієнтів III групи. Тому що, при подальшому огляді через 3 місяці у пацієнтів першої та другої групи, рецидивів отиту не відмічалось. А в пацієнтів III групи рецидивів отиту відмічається у відносно коротший термін. Кількість відвідувань лікаря педіатра та отоларинголога значно зменшилась у пацієнтів I та II групи. У пацієнтів III групи відзначались 1-3 епізоди рецидивуючого отиту протягом терміну спостереження 6 місяців. Також у пацієнтів I, II групи симптомів респіраторної інфекції не відзначалося.

Висновки

1. Частота виникнення епізодів рецидиву отиту, показує, що ефективність лікування в I і II групі хворих вище, ніж в III групі.

2. Виходячи з отриманих даних, призначення гомеопатичної терапії, а також місцевих та системних деконгестантів не зменшує кількість епізодів рецидивуючого отиту, респіраторних інфекцій, та звернень до педіатра та отоларинголога протягом 6 місяців.