

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.

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 діагностических помилок і відсрочити призначення адекватної терапії. Лікування повинно бути по можливості етіотропним, однак в даній ситуації не уникнути його патогенетическої направленості.

© 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 (аденомотії, 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 аденомотія, 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 аденомотії 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.

3. Отже, однією з причин частих отитів є запалення глоткового мигдалика. Таким чином, ефективність лікування рецидивуючих секреторних отитів у дітей з алергічним ринітом

є поєднання інтраназальних глюкокортикостероїдів, тренування м'язів слухової труби з хірургічними методами лікування – аденотомія.

© С.М. Пухлік, А.Н. Чурсина, 2021

*С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ, А.А. ЩЕЛКУНОВ, Т.А. САВЕНКО (ОДЕССА, УКРАЇНА)*

## **ВАРИАНТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ШИЛОВИДНЫХ ОТРОСТКОВ ВИСОЧНОЙ КОСТИ**

Шилоподъязычный синдром – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур.

### **Цель исследования.**

1) Определить и оценить наиболее значимые гистологические признаки гипертрофированных шиловидных отростков височной кости.

2) Выявить отличия в вариантах их роста, соответственно гистологическим отличиям.

3) Оценить влияние консервативной терапии, предшествующей операции, на гистологическую структуру шиловидных отростков.

**Материалы и методы исследования:** в процессе проводимой нами работы по диагностике и лечению шилоподъязычного синдрома нами было проведено 32 операции по резекции шиловидного отростка височной кости в виду неэффективности консервативного лечения. Лечение и диагностика проводились в полном объеме. Эффект от лечения был либо кратковременным (4-6 недель), либо снижения симптоматики не было вообще. Все фрагменты удаленных шиловидных отростков височной кости отправлялись на гистологическое исследование. В результате исследования удаленных шиловидных отростков мы выделили две группы (А и Б) пациентов, у которых отростки имели существенное различие.

### **Описания препаратов.**

В материале пациентов группы (А) костная ткань, по типу компактной, однако несколько отличной от нормального строения плоской кости. Остеоциты в данной ткани расположены несколько хаотично. Отмечаются относительно объёмные участки, лишённые костных лакун. Компактное вещество выражено неравномерно. Представлено преимущественно пластинами оссифицированного вещества, с наличием в нем разрозненных остеоцитов и единичных остеобластов, расположенных преимущественно периваскулярно и в компактном веществе рядом с сохранившимися костными лакунами.

Костные лакуны неправильной формы, расположены неравномерно. В себе содержат костный мозг, который представлен преимущественно эритроидным ростком. Остеобласты и остеоциты – клетки адвентициального происхождения. Можно считать, что его патология связана с нарушениями дифференцировки клеток. Также в компактном веществе отмечается единичное скопление хондроцитов. Структура этого скопления и самих хондроцитов говорит о том, что они либо эктопичны, либо это остаток предшествующей хрящевой ткани, которая по каким-либо причинам не подверглась физиологической оссификации.

Из этого можно сделать вывод, что удлинение шиловидного отростка у этих пациентов – скорее их физиологическая особенность. Для этих пациентов наиболее приемлем термин «оссификация». Признаков воспалительного процесса не обнаружено.

У пациентов группы (Б) ситуация другая. Образец – кальцинированная плотная оформленная соединительная ткань, то есть связка. На это указывает обильное, по сравнению с материалом (А), количество кровеносных сосудов различного строения. Ткань состоит из клеток с вытянутым ядром, наиболее они напоминают фиброциты, которые расположены более-менее упорядоченно, линейно. Структура собственно ткани не несет в себе признаков костной. Скорее этот образец – кальцинированная связка, которая, естественно потеряла свою эластичность. Признаков воспалительного процесса также не обнаружено. Еще в этом биоптате отмечаются острые (интраоперационные) кровоизлияния, которые не разрушают ткань образца, а как бы экспансивно раздвигают. По этому признаку можно предположить, что консистенция этой ткани эластичней, чем образцов группы (А). Можно считать, что у этих пациентов процесс обусловлен дистрофическими изменениями, именно поэтому предлагается термин «кальцификация». Эти исследования позволили нам