

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.

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

предположить, что в удлинении шиловидного отростка височной кости возможны два варианта – «оссификация» и «кальцификация».

Выводы.

1. Проводимые исследования позволяют разделить удлинение шиловидных отростков височной кости на две группы, которым мы условно даём названия «оссификация» то есть собственно рост шиловидного отростка и «кальцификация» –

дистрофические изменения и отложения солей кальция в связку.

2. Следует оценить возможности визуализации тканей шиловидного отростка для диагностики типа его строения.

3. Соответственно разному типу строения шиловидных отростков, нами разрабатываются подходы к консервативному, либо к оперативному лечению данной патологии.

© С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, А.А. Щелкунов, Т.А. Савенко, 2021

С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ, А.А. ЩЕЛКУНОВ (ОДЕССА, УКРАИНА)

ОСОБЕННОСТИ КТ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ШИЛОВИДНЫХ ОТРОСТКОВ ВИСОЧНОЙ КОСТИ И СИНДРОМА ИГЛА-СТЕРЛИНГА

Шилоподъязычный синдром (Синдром Игла-Стерлинга) – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур. В диагностике шилоподъязычного синдрома очень важное значение имеет, не длина шиловидного отростка височной кости, а его искривление в ту или иную стороны, и взаиморасположение отростка и сосудисто-нервного пучка и деформацию последнего в результате движения шиловидного отростка в процессе жизнедеятельности человека.

Цель исследования.

1) Определить и оценить наиболее значимые и отличительные рентгенологические признаки разных вариантов гипертрофии шиловидных отростков височной кости.

2) Выявить отличия в вариантах роста и рентгенологической структуры шиловидных отростков височной кости в соответствии с гистологическими данными.

3) Оценить эффект от проведения консервативной терапии шилоподъязычного синдрома в зависимости от различных вариантов гипертрофии шиловидного отростка височной кости, учитывая данные компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования: в процессе проводимой нами работы по диагностике шилоподъязычного синдрома нами было проведено и анализировано 86 КТ обследований с внутривенным введением контрастного вещества. Из них 61 женщин и 25 мужчин. Возраст обследуемых колебался от 35 до 70 лет. В результате проводимой нами работы мы разделили обследуемых больных на две группы,

беря в учёт данные гистологической структуры удалённых фрагментов шиловидных отростков и соотнося их с данными КТ-исследования. Группа оссификации и группа кальцификации. При проведении операций по резекции шиловидного отростка височной кости в виду неэффективности консервативного лечения, удалённые фрагменты направлялись на гистологическое исследование. Учитывая данные гистологической структуры прооперированных больных (22 человека, из них 6 мужчин и 16 женщин, в возрасте от 36 до 60 лет), мы получили две группы вариантов роста шиловидного отростка – кальцификация – 12 человек (9 женщин и 3 мужчины), и оссификация – 10 человек (7 женщин и 3 мужчины). Учитывая анализ данных КТ исследований оперированных и не оперированных больных, что подтверждается данными гистологических исследований и разделения больных на 2 группы, видно различие структуры шиловидного отростка в виде формирования компактной ткани (кальцификация), и формирования трубчатой кости с элементами костного мезга (оссификация). Разделение больных на 2 группы по гистологической структуре, строго совпадает с разделением по рентгенологической структуре.

Ниже приводим данные обобщённые по двум группам обследуемых больных.

Фрагмент описания КТ-снимка группы кальцификации, в которую включено 39 исследуемых снимков больных (8 мужчин и 31 женщин). Определяется субтотальное обызвествление шило-подъязычной связки, до прикрепления к малому рогу подъязычной кости. Связка не однородно кальцинирована, в не кальцинированных частях уплотнена равномерно