

**V УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

**V UKRAINIAN-POLISH CONGRESS
«INNOVATIVE TECHNOLOGIES
IN OTORHINOLARYNGOLOGY»**

21-22.04.2023



яких пломбувальний матеріал потрапляє в верхньощелепну пазуху. Цинк, що міститься в пломбувальній масі провокує ріст грибкової флори, найчастіше *Aspergillus*. Патогістологічні дослідження цієї патології свідчать, що хітин *Aspergillus* активно абсорбує цинк із тканини пазухи, що призводить до високих концентрацій металопротеїна у запальному вогнищі. Ці дослідження стали базою для визначення рівнів металопротеїна у пацієнта для підтвердження одонтогенного походження запального процесу в верхньощелепній пазусі в діагностично складних випадках.

Матеріали та методи. Малосимптомний або безсимптомний перебіг міцетом верхньощелепної пазухи, скудна та неспецифічна симптоматика призводить до несвоєчасної діагностики та пізнього отримання хворими лікарської допомоги. Таким чином, анамнез хвороби може нараховувати роки. З метою встановлення діагнозу даної патології застосовують комп'ютерну томографію (КТ), де міцетом візуалізується у вигляді чіткої поодинокі округлої тіні з металевим блиском. Показник щільності міцетоми сягає близько 3000 НУ.

Виходячи з нашої практики, ми вважаємо необхідним залучати до лікувального процесу даної групи пацієнтів щелепно-лицевого хірурга разом із оториноларингологом, як під час передопераційної діагностики, так і під час хірургічного втручання. На діагностичному етапі рекомендовано сумісна консультація пацієнта з оцінкою результатів комп'ютерної томографії. У більшості пацієнтів внаслідок постендодонтитичного лікування, виникає запальний процес, який локалізується, як правило, в проекції верхівки кореня пролікованого зуба та призводить до формування радикальних кіст верхньої щелепи, часто з проростанням такої у порожнину гайморової пазухи та нерідко супроводжується її запаленням, резорбцією кісткової тканини навколо причинного зуба. Це робить, в свою чергу, доцільним проведення симультанної операції оториноларингологом та щелепно-лицевим хірургом. Видалення причинного зуба, зазвичай, закінчується формуванням ороантрального сполучення, яке потребує подальшого пластичного закриття. При можливості збереження причинного зуба, за показаннями, проводять резекцію верхівки його коренів. Обидва варіанти хірургічних втручань ми проводимо одночасно з ендоскопічною гайморотомією. В процесі операції доцільно оцінити стан остіомеатального комплексу, цілісність медіальної стінки верхньощелепної пазухи. Іноді міцетом руйнує кісткову стінку синуса та пролабує в середній носовий хід. В таких випадках оперативне втручання, виконане лише щелепно-лицевим хірургом приведе до рецидиву патології.

Результати та їх обговорення. Протягом 2017-2022 рр. спільно зі щелепно-лицевими хірургами проліковано 56 пацієнтів. Із них 42-м було проведено малоінвазивну ендоскопічну гайморотомію, видалення причинного зуба з подальшим пластичним закриттям ороантрального сполучення; та 14-ти – ендоскопічну гайморотомію з резекцією верхівки коренів причинного зуба. Післяопераційне перебування в стаціонарі – 1 доба. Післяопераційний період без ускладнень, через тиждень було знято шви хворим, яким проводили резекцію коренів зуба, та через 2 тижні – тим, у яких було виявлено ороантральне сполучення в результаті видалення причинного зуба.

Висновки: Таким чином, ми вважаємо доцільним при міцетомі верхньощелепних пазух проводити хірургічне лікування та його планування сумісно зі щелепно-лицевим хірургом. Це дозволяє пацієнту уникнути двохетапного хірургічного лікування, та робить можливим проведення необхідного лікування в один етап, що скорочує строки непрацездатності пацієнта та матеріальні витрати на передопераційне обстеження та лікування.

ДОСВІД СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

О.В.Титаренко, С.М.Пухлік, І.В.Добронравова, В.С.Лісовецька

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

Одеський національний медичний університет

Одеса, Україна

Україна є однією з десяти країн із найвищим рівнем захворюваності на мультирезистентний туберкульоз у світі. Найвищі показники захворюваності на туберкульоз зареєстровані в Одеській області (138,5 на 100 тис. населення). Він є однією з 10 головних причин смерті у світі та головною причиною смерті від одного певного збудника інфекції (більш ніж ВІЛ/СНІД). При несприятливій епідеміологічній ситуації, позалегеневі форми туберкульозу все частіше зустрічаються в практиці лікарів як загального профілю, так і отоларингологів, причому набувають атипового перебігу. Однією з нозоформ є середній туберкульозний отит (ТСО). Якщо раніше він виникав як вторинний процес у хворих з дисемінованими та іншими формами легеневого туберкульозу або кістково-суглобового туберкульозу, то останнім часом все частіше стали з'являтися ізольовані випадки туберкульозного отиту.

Аналогічну статистику захворюваності на ТСО ми спостерігали в клініці оториноларингології ОНМедУ. Якщо до 2015 року траплялися епізодичні випадки захворювання, то за останні 6 років туберкульозний отит діагностовано у 8 осіб, з них останні 2 – протягом минулого року, причому у двох пацієнтів – з двобічним ураженням середнього вуха. Якщо ще 15 років тому найвища захворюваність спостерігалася серед пацієнтів старше 30 років, то серед наших хворих переважали особи молодого віку (16-37 років) і лише одна пацієнтка 62 років. Серед пацієнтів переважали жінки (6 осіб). Первинна локалізація туберкульозу у середньому вусі нами виявлена у 2 підлітків, асоційована з ураженням легень - у 6 дорослих хворих. При цьому у трьох осіб вперше діагностовано раніше перенесений туберкульоз легень у неактивній фазі запалення. При збиранні епідеміологічного анамнезу контакт із туберкульозом ні в кого з наших хворих не було виявлено. Усі пацієнти були щеплені від туберкульозу. У обстежених хворих не виявлено захворювань, що викликають імунodefіцит, у тому числі ВІЛ-інфекції. Тривалість вушної симптоматики до вступу у стаціонар варіювала від 3 до 6 місяців. Первинним симптомом, що змушує пацієнта звернутися до отоларинголога, було зниження слуху, низькочастотний шум у вухах. Як правило, на ранніх стадіях розвитку діагностувався тубоотит, з приводу якого проводилося відповідне лікування в поліклінічних відділеннях. Через 2-4 місяці виникала незначна оторея. Як правило, були присутні слизово-гнійні виділення з вуха, відсутність температурної реакції тіла. Больовий симптом був у 3 хворих, проте оталгія в проекції соскоподібного відростка, почуття «тиску» з'являлися у пізні терміни захворювання, що змушувало пацієнтів звертатися до стаціонару (5 пацієнтів). Звертав увагу млявий перебіг запального процесу в середньому

вусі, який не укладався у типову клінічну картину середнього отиту, а також тимчасовий ефект лікування або відсутність такого. В одному випадку перебіг ТСО ускладнився парезом лицевого нерва. У наших спостереженнях превалювала поразка м'якотканинних структур середнього вуха. Спочатку відбувалася різка інфільтрація слизової оболонки, потім – ураження барабанної перетинки. Відзначалася поліморфність отоскопічної картини. У 3 випадках ми спостерігали 2 перфорації барабаних перетинок, які швидко зливалися в один її некротичний дефект. Причому в одного пацієнта з двобічною поразкою середнього вуха, у якого отит почав розвиватися під отоскопічною маскою грипозного запалення, дві перфорації злилися в одну протягом 2 тижнів. Неодноразово крихтоподібні некротичні маси нагадували холестеатомні, хворі були направлені у клініку із діагнозом хронічний гнійний епітимпаніт, і лише виявлення двох перфорацій дозволяло запідозрити ТСО.

У наших спостереженнях перфорації локалізувалися лише у натягнутому відділі барабанної перетинки. В одному випадку перебіг отиту супроводжувався розвитком дрібних грануляцій, гістологічне дослідження яких дозволило встановити діагноз ТСО. У всіх пацієнтів спостерігалось виражене порушення функції євстахієвої труби на стороні ураження. При ендоскопічному обстеженні порожнини носа, носоглотки патологічних змін не знайдено.

Практично усім пацієнтам було виконано КТ скроневих кісток. За структурою у 5 пацієнтів був виявлений пневматичний тип структури, у 2 – диплоетичний, склеротичного типу не було. У 5 хворих спостерігалось різке зниження пневматизації барабанної порожнини та клітин соскоподібного відростка за рахунок тотального м'якотканинного заповнення клітин скроневої кістки на стороні ураження без вогнищ повітря в осередках соскоподібних відростків. Кісткові деструкції скроневих кісток у наших пацієнтів рентгенологічно не визначалися.

У ЛОР клініці діагноз ТСО ми встановлювали виходячи з даних гістологічного дослідження тканини середнього вуха (доопераційного і післяопераційного). Проте, навіть цей метод має хибнонегативні результати у 10% з першої спроби. Після направлення пацієнтів до центру соціально значущих хвороб їм проводилося додаткове обстеження: бактеріоскопія промивних вод з вуха та Хpert MBT/Rif, посів на щільне середовище Левенштейна-Йенсе. Аналогічно проводилося дослідження трахеобронхіального мокротиння, КТ органів грудної порожнини. Комплексне обстеження дозволяло встановити діагноз ТСО та призначити хворим специфічне лікування.

Діагностика ТСО становить певну складність через кілька моментів. З одного боку, латентний перебіг мастоїдитів досить широко поширений зараз на фоні застосування антибіотикотерапії. Туберкульоз вуха також протікає часто під маскою банального латентного мастоїдиту та має поліморфність отоскопічної картини. Діагностика повинна носити тільки комплексний характер та включати як бактеріологічне, цитологічне, гістологічне, так і загальноклінічне обстеження хворого.

ВПЛИВ ТОПІЧНОГО N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ SNOT-22 У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ РИНОСИНУСИТОМ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Фалько А.М., Науменко О.М.

THE INFLUENCE OF TOPICAL N-ACETYLCYSTEINE ON THE INDICATORS OF THE SNOT-22 TEST IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS AFTER SURGICAL TREATMENT

Falko A., Naumenko

Науковий керівник: д.мед.н., професор Науменко О.М.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Десва Ю.В

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: За різними даними хронічний риносинусит (ХР) уражає від 5 % до 15 % населення в різних країнах. Згідно даних останніх досліджень, функціональна ендоскопічна ринохірургія (FESS) залишається основним методом лікування хронічного риносинуситу та основним фактором покращення доступу топічної терапії до структур остеоїметального комплексу. На сьогоднішній день, не існує єдиного погляду на ведення післяопераційного періоду, хоча за результатами багаторічного спостереження більшість пацієнтів відмічають позитивні результати після перенесеної FESS і одним із важливих чинників ефективності хірургічного лікування є топічна післяопераційна терапія. Для оцінки якості життя та скарг пацієнтів з хронічним риносинуситом після FESS, широко використовують опитувальник SNOT-22, який зарекомендував себе ефективним, доступним та надійним в оцінці якості життя пацієнтів після хірургічного лікування.

Мета: Визначення ролі топічного застосування N-ацетилцистеїну післяопераційному періоді у пацієнтів з хронічним риносинуситом та його вплив на показники тесту SNOT-22.

Матеріали та методи: Популяція із 40 пацієнтів віком від 18 до 60 років з діагнозом хронічний риносинусит, після хірургічного лікування. Шляхом рандомізації було сформовано дві групи пацієнтів. 1-а група (дослідження) - 20 пацієнтів, яким застосовувалася іригація топічної форми N-ацетилцистеїну. 2-а група (контроль) - 20 пацієнтів, яким використовувалась топічна терапія з використанням іригація 0,9% розчином NaCl. Проводилося анкетування з використанням тесту SNOT22 на 3, 10, 28 добу після хірургічного лікування. Критерій виключення: пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини; пацієнти з психічними порушеннями; вагітність.

Результати: Основні скарги обстежених пацієнтів обох груп згідно опитування за анкетой SNOT-22 : закладеність носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевий біль, втомлюваність. В інших показниках тесту SNOT-22 не виявлено статистично значущої відмінності ($p=1,00$). При порівнянні показників було використано статистичний критерій Манна-Уїтні. Виявлено зменшення вираженості симптомів закладеності носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевого болю, втомлюваності на 3, 10 та 28 добу після хірургічного лікування у пацієнтів групи дослідження,