

VI УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»

VI UKRAINIAN-POLISH CONGRESS
«INNOVATIVE TECHNOLOGIES
IN OTORHINOLARYNGOLOGY»



19-20 квітня 2024 року
April 19-20, 2024

Висновки. В даний час калоричний тест використовується рідше, але, можливо, настав час переглянути багато його інтригуючих аспектів і по-новому поглянути на зв'язок між слухом і рівновагою. М'язи середнього вуха є мовчазними зберігачами внутрішнього вуха, і тест на калоричність, схоже, виявляє вирішальну роль, яку вони грають у захисті та регулюванні цього прихованого органу.

Ключові слова: калоричний тест Барані, м'язи середнього вуха, внутрішнє вухо, хвороба Мен'єра

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ ХВОРОБІ МЕНЬЄРА

Пухлік С.М., Титаренко О.В.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF INTRATIMPANEAL INJECTION OF CORTICOSTEROIDS IN MENIERE'S DISEASE

Pukhlik S.M., Titarenko O.V.

Кафедра оториноларингології Одеського національного медичного університету.

Точна причина хвороби Мен'єра невідома. Вважається, що хвороба Мен'єра викликана імунними реакціями, вегетативними порушеннями в судинній смужці завитки, можливими алергічними станами та дисфункцією м'язів середнього вуха. Будь-який з цих факторів призводить до патогенетичного механізму – збільшення тиску рідини у внутрішньому вусі (ендолімфатичного гідропсу) та порушення трофіки завитки та вестибулярного апарату. Все це супроводжується появою «фізичного болю внутрішнього вуха» – розвитком жорсткого вестибулярного синдрому та кохлеарних розладів. Вважається, що клінічні симптоми хвороби Мен'єра зумовлені «розривом мембран», змішуванням рідин внутрішнього вуха з різною концентрацією електролітів та раптовим електричним розрядом усередині равлика до відновлення їх цілісності. Однак напад може спровокувати васкуліт, спазм кровоносних судин, проблеми метаболізму кальцієвих каналів. Підвищення тону м'язів середнього вуха може медіалізувати стремінце у овальне вікно, що також призводить до зміни перилімфатичного тиску у внутрішньому вусі та функціональних розладів. Періоди посилення симптомів непередбачувані, виникають без попередження, можуть супроводжуватись тривалими періодами поліпшення або навіть повною ремісією. Однак у деяких пацієнтів захворювання приймає набагато серйозніший перебіг і супроводжується частими, інвалідизуючими нападами.

Незалежно від етіології розвитку захворювання в період загострення рекомендована медикаментозна декompresія внутрішнього вуха, одним із ефективних способів якого є інтратимпанальне введення дексаметазону – потужного протизапального стероїду. З барабанної порожнини препарат дифундує у внутрішнє вухо, проходячи через крихітну проникну мембрану круглого вікна, яка відокремлює внутрішнє вухо від середнього. Крім вираженої протинабрякової дії, дексаметазон призводить до зниження імуноопосередкованої відповіді в ендолімфатичному мішку та пов'язаних з ним структурах. Такий шлях введення дозволяє використовувати набагато менші, нетоксичні дози препарату, особливо у пацієнтів із супутньою соматичною патологією (гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом тощо).

Лікування інтратимпанальною перфузією в клініці отоларингології ОНМедУ проводилося як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах декількома способами. Шунтування барабанної перетинки дозволяло довго підтримувати тимпаностомічний отвір для щоденного введення кортикостероїду. Перевагою методу було те, що пацієнт без медичного персоналу міг закапувати препарат у зовнішній слуховий прохід. Особливо важливо для осіб, які проживають віддалено від клініки та не мають змоги регулярно відвідувати лікаря. Однак шунт без належного догляду може обрости кірками та самовидалитись. Крім цього, ми відзначали розвиток адгезивних процесів у барабанній перетинці, розвиток грануляцій, мірингосклерозу, тимпаносклерозу, перфорацій, розвинення запального процесу в барабанній порожнині при тривалому знаходженні шунту, що доповнювало появою кондуктивної приглухуватості у даного контингенту хворих.

Пряме введення стероїдів шляхом тимпанопункції сприяє створенню високої та тривалої концентрації препарату в барабанній порожнині, проте вимагає виконання повторних процедур (3-5) для усунення активного

нападу захворювання, що вимагає не тільки додаткових візитів пацієнтів до клініки або перебування в ній, але й певних больових відчуттів, що викликали психоемоційне напруження пацієнтів. Крім цього, виконання тимпанометрії через місяць після повторних пункцій показало спотворення піків тимпанограм, що вказувало на появу невеликих рубцевих змін у структурі барабанної перетинки.

Введення дексаметазону при катететризації євстахієвої труби має менш інвазивний характер, не призводить до порушення цілісності барабанної перетинки. За наявності гарної техніки володіння маніпуляцією у 60% випадків дозволяє якісно вводити препарат у барабанну порожнину, що ми підтвердили виконанням тимпанометрії безпосередньо після процедури. Крім того, катететризація має діагностичний характер, що дозволяє диференціювати кондуктивну приглухуватість внаслідок наявності гідропсу у хворого або супутнього тубоотиту. Внаслідок малоінвазивності, катететризація легко переноситься пацієнтами, проте потребує попереднього ендоскопічного дослідження носоглотки, повторних візитів до лікаря та досконале володіння ним технікою маніпуляції. В іншому випадку можливі ускладнення (емфізема шиї, травма тимпанального гирла євстахієвої труби, кровотеча).

За нашими даними інтратимпанальне введення кортикостероїдів було ефективним у 80–90% для полегшення вестибулярних симптомів, досить швидко призводило до ліквідації гідропсу лабіринту, про що ми судили по значному зниженню запаморочення та зникненню кондуктивного компонента аудіограми, що супроводжувалося покращенням слуху. Перфузія середнього вуха – багатообіцяючий метод лікування хвороби Мен'єра, проте метод введення препарату в середнє вухо індивідуальний для кожного пацієнта в залежності від перерахованих вище факторів.

Ключові слова: гідропс, інтратимпанальне, декомпресія.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ТА ДІАГНОСТИКА ГІПЕРТРОФІЇ МИГДАЛИКІВ ЛІМФАДЕНОЇДНОГО ГЛОТКОВОГО КІЛЬЦЯ У ДОРΟΣЛИХ

Тунітовська О.І.

CLINICAL ASPECTS AND DIAGNOSIS OF HYPERTROPHIA OF THE TONSILS OF THE LYMPHADENOID PHARYNGEAL RING IN ADULTS

Tunitivska O.I.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри Москалик О.Є.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Львів, Україна

Гіпертрофія мигдаликів кільця Пирогова-Вальдейера у дорослих діагностується рідко, найчастіше вона спостерігається у дітей віком до 15 років. Клінічна картина даного стану мигдаликів у дорослих і дітей значно відрізняється, а скарги дорослих пацієнтів є менш вираженими. Проте, слід пам'ятати про гіпертрофію мигдаликів у дорослих пацієнтів для правильної диференційної діагностики і вибору лікувальної тактики.

Найчастішими скаргами пацієнтів з гіпертрофією мигдаликів є: утруднене носове дихання, постназальне стікання слизу, часті синусити та тонзиліти, біль в горлі, обструкцію Євстахієвих труб, хронічний кашель, хропіння, нічні апное. Проте рідко спостерігаються характерні симптоми як у дітей: аденоїдний тип обличчя, поганий привкус, гугнявість, нічний енурез.

Причинами гіпертрофії мигдаликів лімфоглоткового кільця можуть бути: гостра чи хронічна інфекція (як вірусна, так і бактерійна), анатомічні особливості будови ЛОР-органів, алергія, хвороби шлунково-кишкового тракту, ендокринні порушення, виробничий фактор (умови праці), спадковість, шкідливі звички (паління), гіпо-