

РОЗРОБКА НОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ВУХА І ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Науменко О.М., Васильєв В.М., Гомза Я.Ю.

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна
gomza2013@ukr.net*

Рецензенти: проф. Тишко Ф.О., проф. Дєєва Ю.В.

Актуальність: залишається невирішеною проблема вибору найоптимальнішого підходу до лікування різних захворювань ЛОР органів.

Мета: винайдення нових підходів до діагностики та лікування хворих, що мають патологію вуха, горла, носа, приносних пазух, трахеї і стравоходу.

Матеріали та методи: клінічні, інструментальні, аудіологічні, вестибулометричні, ендоскопічні, морфологічні методи.

Результати. Проведення абсцестонзилектомії не збільшує час перебування хворого в ЛОР-стаціонарі. Найоптимальнішими є доступи до верхньощелепної пазухи через лунку зуба або нижній носовий хід. При лікуванні тонзиллярних флегмон ший першочерговим є санація глотки. Виявлено патоморфоз аденоїдних вегетацій. Метод ендоскопічної хірургії паралітичних стенозів гортані є надійним. Найефективнішим методом лікування декомпенсованого тонзиліту є тонзилектомія. Інсулінотерапія пришвидшує репарацію у хворих на гнійні запалення глотки при цукровому діабеті. Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів потребують термінового спеціалізованого хірургічного лікування. Своєчасне застосування місцевої антибактеріальної терапії при риносинуситах зупиняє розвиток запального процесу на ранній стадії. Використання у хворих на цереброваскулярну патологію дігідрокверцетину на тлі калоричної вестибулярної стимуляції є ефективним способом превентивної реабілітації. У 65,7% хворих при порушеннях звукосприйняття судинного генезу виявлено безсимптомний перебіг. Зміни хвиль слухових викликаних потенціалів виявлені у всіх хворих на акустичні неврини. Постійна (стійка) трахеостома є необхідною для пацієнтів, приречених до апарату штучного дихання.

Висновки: Проблеми сучасної оториноларингології потребують винайдення і застосування принципово нових підходів до їх діагностики і лікування.

Ключові слова: оториноларингологія, калорична вестибулярна стимуляція, профілактика і лікування, новітні підходи.

На сьогодні розповсюдженість захворювань ЛОР органів є значною в Україні і світі. Підходи до їх діагностики і лікування різноманітні. На території України паратонзиллярний абсцес зустрічається у 10-15 випадків на 10000 населення в рік. Для порівняння: в США – 30 випадків на 100 000, в Північній Ірландії – 10 випадків на 100000, в Данії – 41 випадок на 100 000 [12]. Значна частина паратонзиллярних абсцесів можуть рецидивувати, але тільки близько 15 % хірургів-оториноларингологів виступають за тонзилектомію [20]. На сьогоднішній час існує декілька доступів до верхньощелепної пазухи при видаленні грибового тіла. Але який із них є оптимальним і в яких випадках? Не зважаючи на величезну кількість публікацій щодо технології проведення оперативних втручань на перегородці носа, все збільшується інтерес до цієї проблеми всилу значно підвищених вимог пацієнтів [9]. Великого медико-соціального значення набуває проблема патології аденоїдних вегетацій, оскільки поширеність її неспинно зростає: в 50-60 рр. минулого століття гіпертрофія глоткового мигдалика в дитячому віці зустрічалась у 4-16 % пацієнтів, у 2000-х роках – вже у 36-70 %

пацієнтів [15]. В останній час дитячими оториноларингологами були переглянуті принципи лікування гіпертрофії глоткового мигдалика у дітей на користь консервативного підходу. Запальні процеси глотки – паратонзиліти та парафарингіти – є домінуючою причиною розвитку флегмон ший, які відносяться до найважчих ускладнень ЛОР-органів [19]. Щодо хірургічного лікування цієї патології існують різні підходи, які потребують обговорення. Не зважаючи на відносне збільшення в Україні хворих на хронічний тонзиліт, кількість тонзилектомій зменшується, але збільшується кількість тонзілогенних ускладнень [7]. У воєнних конфліктах пошкодження голови, ший та їх органів вогнепальною зброєю є масовими, здебільшого комбінованими, забрудненими та небезпечними, як в період поранення, так і у віддаленому періоді. Особливої актуальності ця проблема набула тепер в бойових умовах, що не дають можливості надати невідкладну допомогу [10]. Запальні захворювання носоглотки посідають провідне місце в патології ЛОР-органів. На сьогодні однією з основних проблем у лікуванні запальних захворювань верхніх дихальних шляхів в Україні залишається невиправ-

дане призначення системної антибактеріальної терапії, особливо в терапії гострих вірусних інфекцій [6]. Нині новітні підходи до проблеми суспільного здоров'я потребують реконструкції системи профілактики захворювань, від профілактики у традиційному її значенні, до профілактики активної, висхідної, що ставить на меті як виділення групи ризику (первинна профілактика), так і забезпечення стабілізації патологічного процесу і попередження прогресування. Превентивна реабілітація – наукова основа первинної профілактики. Одним із потужних шляхів вирішення проблеми профілактики вестибулярних порушень у хворих на судинні захворювання головного мозку є застосування калоричної вестибулярної стимуляції та антиоксидантів [2-5, 8, 11, 13, 17, 18]. Протягом багатьох років і дотепер багато дослідників порушенням функції звукосприйняття приділяють досить велику увагу. Однак, на жаль, тенденція до їх зростання в усіх країнах світу не зупиняється. Периферійний і центральний кохлеовестибулярний синдроми до тепер повністю не вивчені [1]. Близько одного з 1000 пацієнтів з асиметричним порушеннями слуху має невриному слухового нерва. Акустичні неврини становлять близько 85 % пухлин в області мозжечкового кута. До речі, вони можуть перебігати безсимптомно у 0,02 % [14]. Тривале знаходження трахеоканюлі в дихальних шляхах у хворих, що знаходяться на штучному диханні, загрожує утворенням пролежнів, та інших ускладнень [16].

Ці вищеперераховані та багато інших проблем сучасної оториноларингології не є локальними ЛОР проблемами, а мають велике значення для медицини взагалі, отже, для суспільства. Вони потребують винайдення нових методів і застосування принципово нових підходів їх діагностики і лікування.

Мета: винайти нові підходи до розробки та впровадження нових методів діагностики та лікування захворювань вуха, носа, приносних пазух, глотки, гортані, трахеї і стравоходу. Підвищити ефективність діагностики та лікування хворих, що мають патологію вуха, горла, носа, приносних пазух, трахеї і стравоходу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої методи потрібно було вирішити ряд задач:

1. Проаналізувати можливі чинники рецидивів паратонзиллярного абсцесу та особливості їх лікування в умовах міського ЛОР-стаціонару.

2. Визначити критерії вибору того чи іншого доступу до верхньощелепної пазухи при міцетомі.

3. Проаналізувати і удосконалити найбільш ефективні прийоми ринопластики при операції септопластика, метою якої була, в першу чергу – нормалізація носового дихання, а в другу – збереження форми зовнішнього носа при маніпуляціях на «ключових зонах».

4. Удосконалити надання допомоги пацієнтам з флегмонами шиї тонзиллярного походження.

5. Визначити патоморфоз у розвитку аденоїдних вегетацій.

6. Удосконалити хірургічні методи розширення голосової щілини при паралітичному стенозі гортані.

7. Обґрунтувати доцільність тонзилектомії, як методу хірургічного лікування хворих на хронічний тонзиліт некомпенсованої форми.

8. Удосконалити методи лікування гнійно-запальних захворювань з локалізацією в глотці і гортані при цукровому діабеті.

9. Сформувати алгоритм надання медичної допомоги пораненим в зоні бойових дій.

10. Визначити ефективність використання місцевих назальних спреїв при запальній патології носоглотки.

11. Визначити ефективність калоричної вестибулярної стимуляції з призначенням дігідрокверцетину для профілактики вестибулярних порушень внутрішнього вуха у хворих на церебральний гіпертонічний криз.

12. Дослідити співвідношення між скаргами хворих з порушенням функції звукосприйняття судинного генезу та даними аудіометрії в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот з нормальними показниками слуху на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц, а також визначити особливості їх ранніх клінічних та аудіометричних проявів.

13. Порівняти результати СВП і стадію акустичної неврини.

14. Визначити необхідність накладання стійкої трахеостоми для пацієнтів, які прикуті до ліжка на тривалий час через повну втрату функції опорно-рухової системи, в тому числі і дихальних м'язів, і приречені до апарату штучного дихання.

Для вирішення поставлених задач було проведено наступне:

1.1. Ретроспективне когортне дослідження за останні 6 років 1329 історій хвороб з діагнозом паратонзиллярний абсцес та паратонзиліт. Оцінювалися епідеміологічні дані, клінічна картина, дані лабораторних методів дослідження, консервативне та хірургічне лікування.

1.2. Обстеження 60 хворих на міцетому верхньощелепної пазухи клінічно і лабораторно, за даними комп'ютерної томографії, патогістологічного і бактеріологічного досліджень вмісту пазухи.

1.3. Обстеження 254 хворих на викривлення перегородки носа клінічно і лабораторно, за даними комп'ютерної томографії, відібрані пацієнти потребували корекції носової перегородки не тільки в «безпечних», але і в «ключових зонах».

1.4. За 10-річний період (2004-2014 рр.) під наглядом знаходилось 76 хворих (чоловіків – 64, жі-

нок – 12) з флегмонами шії різного генезу. Проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) тканин шії, комп'ютерна томографія (КТ) цієї ділянки.

1.5. За допомогою ригідних ендоскопів 0 та 30 градусів виконано відеоендоскопічний огляд порожнини носа та носоглотки хворих на гіпертрофію глоткового мигдалика у 48 хворих.

1.6. За допомогою ригідних ендоскопів 0 та 30 градусів виконано відеоендоскопічний огляд гортані та мікроларингоскопія та прооперовано 250 хворих на паралітичні стенози гортані.

1.7. Для діагностики хронічного тонзиліту використані методи клінічного і лабораторного обстеження, проведена ендоскопія ЛОР-органів.

1.8. Обстежено 24 пацієнтів з гнійно-запальними захворюваннями глотки та гортані на тлі цукрового діабету (ЦД).

1.9. Розроблено алгоритм хірургічної допомоги хворим на вогнепальні поранення гортані і трахеї в умовах бою (війни). Оцінювався стан поранених та характер травми, її локалізація, проводилось хірургічне лікування.

1.10. Проведена вестибулометрія та калорична вестибулярна стимуляція 90 хворим, які $15,0 \pm 1,2$ дні тому перенесли церебральний гіпертонічний криз. У 30 з цих хворих вона посилювалась за допомогою призначення дігідрокверцетину, і у решти 30 традиційним способом (група порівняння). Контрольну групу склали 30 хворих на церебральний гіпертонічний криз.

1.11. Аудіологічно бстежено 61 хворий з порушенням слухової функції по типу звукосприйняття у віці від 28 до 50 років. Контролем слугували 20 молодих нормальнослухуючих здорових людей.

1.12. Методи діагностики акустичних невриноом – проведений тест слухової відповіді стовбура мозку (слухові викликані потенціали) 97 пацієнтів з акустичною невриномою, що підтверджувалась за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

1. Аналіз чинників рецидивів паратонзиллярного абсцесу та особливості їх лікування в умовах міського ЛОРстационару 1329 історій хвороб з діагнозом паратонзиллярний абсцес та паратонзиліт показав, що всім хворим в день госпіталізації було проведено розкриття та дренивання абсцесу. В період від 2 до 6 діб після розкриття абсцесу 42 (40 %) пацієнтам виконана двобічна тонзилектомія, з яких 10 пацієнтам була виконана абсцестонзилектомія під час другої госпіталізації, та 2 пацієнтам під час третьої госпіталізації. В післяопераційному періоді 5 (16 %) хворим, яким проводили абсцестонзилектомію, призначалися гемостатики (етамзілат). Виявлено, що у 4 (12,5 %) пацієнтів перший рецидив спостерігався більше ніж через 2 роки, у 4 (12,5 %) – через рік, і у

19 (60 %) пацієнтів рецидив виник протягом перших 6 місяців.

2. Проведене у 60 пацієнтів визначення критеріїв вибору доступу до верхньощелепної пазусі при міцетомі. Застосовувався доступ через лунку видаленого зуба і через нижній носовий хід. Доступ через лунку видаленого зуба застосовували в разі наявності співустя з верхньощелепною пазухою або за наявності гранульоми зі значним дефектом кістки (26 пацієнтів). 34 пацієнтам доступ до верхньощелепної пазухи був проведений через нижній носовий хід за запропонованою нами методикою – без пошкодження слизової оболонки нижнього носового ходу. Позитивний результат був досягнутий у 58 пацієнтів в періоді спостереження до трьох років. У одного пацієнта стався рецидив міцетомі. Також у одного пацієнта у відокремленому періоді розвинувся одонтогенний гайморит. Ці пацієнти пройшли курс лікування у стоматолога, причому, пацієнтам з одонтогенним гайморитом проводились пункції верхньощелепної пазухи, а пацієнтам з міцетомою були проведені повторні ревізії верхньощелепної пазухи через нижній носовий хід. При спостереженні більше одного року рецидив захворювання у даних пацієнтів виявлений не був.

3. Проведена розробка прийомів ринопластики при операції септопластика, для нормалізації носового дихання та збереження форми зовнішнього носа при маніпуляціях на «ключових зонах» у 254 пацієнтів. Усім пацієнтам була проведена операція септопластика, вазотомія. При необхідності роз'єднання зчленування чотирикутного хряща і носової ості, проводилася шовна фіксація чотирикутного хряща з одномоментною пластикою колюмели фрагментом резецированого хряща з подальшою його фіксацією до носової ості і медіальних ніжок крильних хрящів. «Надлишково» радикальні маніпуляції з метою корекції кута клапана носа у місці зчленування верхньо-каудальної частини чотирикутного хряща і верхньої частини перпендикулярної пластинки, які приводили до просідання спинки носа, коригувалися підкладанням фрагмента хряща під шкіру спинки носа, з подальшою шовною фіксацією чотирикутного хряща. Позитивний функціональний результат був досягнутий у 98,5 % випадків, причому форма зовнішнього носа збереглася незмінною.

4. Проведене удосконалення надання допомоги 76 пацієнтам з флегмонами шії тонзиллярного походження. Головним фактором виникнення флегмон шії є гнійні запальні процеси глотки, які склали, за нашими даними, 80 % (62 особи). За локалізацією та розповсюдженням захворювання, у 39 пацієнтів був визначений обмежений процес, який ми характеризували як аденофлегмону. У 37 хворих відмічалось значне розповсюдження гнійного процесу, який охоплював майже усі поверхневі та глибокі відділи шії, що давало можливість роз-

глядати його як розливу флегмону. У 9 пацієнтів при розлитій флегмоні шиї було діагностовано медіастеніт, з них у 7 випадках було задіяне верхнє межистіння, а у 2 хворих спостерігався розлитий медіастеніт. Вирішальне значення є санація глотки, для елімінації причинного фактору. Тому надання медичної допомоги таким хворим ми починали з термінової абсцестонзилектомії. В подальшому при необхідності через мигдаликову нішу виконувался розтин парафарингеального абсцесу, тонзилектомію в «гарячому» періоді, і за даними багаторічних спостережень, ми не спостерігали жодних ускладнень. Після виконання абсцестонзилектомії під загальним чи місцевим знеболенням проводили розтин тканин шиї по передньому краю кивального м'яза (розтин за Розумовським), в 15 випадках із-за неможливості провести інтубацію гортані хірургічне втручання починалось з виконання трахеостомії для проведення наркозу. Дренування порожнин абсцесів шиї, як правило, проводилось проточним методом. Строк перебування хворих в стаціонарі складав $12 \pm 2,4$ дні.

5. Проведене визначення патоморфозу розвитку аденоїдних вегетацій у 48 осіб, віком 21 до 29 років. Усі ці хворі скаржились на стійке порушення носового дихання. Після призначення цим хворим консервативного лікування, що було неефективним, виконана аденотомія. У 2 осіб були виявлені аденоїдні вегетації II ступеня (ці пацієнти скаржились на часті гострі рецидивуючі вірусні інфекції (ГРВІ) та рецидивуючий нежить). Їм проведено медикаментозне лікування. У 11 пацієнтів під час ендоскопічного огляду порожнини носоглотки були виявлені аденоїдні вегетації I ступеня, які клінічно ніяк не проявлялись. Всі ці пацієнти ніякого специфічного лікування не отримували і взяті нами під диспансерний нагляд.

6. З метою удосконалення хірургічних методів розширення голосової щілини при паралітичному стенозі гортані проводилися хордотомія і хордоаритеноїдотомія, латерофіксація голосової складки, латерофіксація еластичного конуса з хордоаритеноїдотомією ендоскопічним підходом, екраларінгеальна латерофіксація голосової складки досягається шийним доступом. За 30-річний період нами прооперовано більш як 250 пацієнтів з хорошим результатом. Останнім часом в передопераційному та післяопераційному періодах для зменшення болю, профілактики запалення та небезпечного набряку глотки та гортані нами використаний бензіаміда гідрохлорид 1,5 мг/мл у формі спрею, який має саме ці властивості, і використання його при ендоскопічних операціях на гортані та глотці є доцільним.

7. З метою обґрунтування доцільності тонзилектомії, як методу хірургічного лікування хворих на хронічний тонзиліт некомпенсованої форми, нами проведена низка загальногістологічних та гістохімічних методів дослідження. Аналіз результатів

свідчить про те, що в мигдаликах при хронічному декомпенсованому тонзиліті виникають морфологічні зміни, що ведуть до втрати ними бар'єрних властивостей. Відбуваються патологічні зміни і в лакунах (кріптах) мигдаликів, спричиняючи порушення їх функції. Встановлено, що кріпти (лакуни) значно розширюються, містять в своїх порожнинах велику кількість інфікованого детриту і запального ексудату. З частини крипт формуються епітеліальні кісти з аналогічним вмістом. Ці утворення є постійним джерелом інфекції. Таким чином, виявлені глибокі і незворотні морфологічні зміни мигдаликів хворих на декомпенсовану форму хронічного тонзиліту. Застосування кріодеструкції, а тим паче високоенергетичного лазера шляхом точкового лазерного впливу на вустя лакун, при компенсованій формі хронічного тонзиліту, чи лазерної тонзилотомії при декомпенсованій формі, чи взагалі будь-якої тонзилотомії додатково руйнує криптолімфон і спричиняє рубцювання за новоутворених вусть лакун, порушуючи їх самосанацію. Всі ці зміни в мигдаликах потребують подальших наукових розробок в доцільності органозберігаючих операцій по відношенню до піднебінних мигдаликів. Найбільш ефективним хірургічним методом лікування хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт, враховуючи грубі незворотні зміни в мигдаликах, залишається екстракапсулярна тонзилектомія.

8. Обстежено 24 пацієнта на гнійно-запальні захворювання глотки та гортані, що мали цукровий діабет 2 типу (ЦД2). Серед них 11 хворих на паратонзиллярний абсцес, 2 – з парафарингеальним абсцесом, 3 – з абсцесом надгортанника, 4 – з епіглотитом, 2 – з флегмонозним ларингітом та 2 – з флегмоною шиї (1 – гнійна форма, 1 – гнилісна форма). Із анамнезу відомо, що систематичної діагностики, контролю та лікування ЦД не проводили. Серед клінічних проявів гнійнозапальних захворювань глотки та гортані у хворих на ЦД2 на перший план виступав швидкий розвиток симптомів захворювання, наростання інтоксикації, симптомів набряку гортані та, особливо, симптомів гіперглікемії. При лікуванні таких хворих застосовувався наступний алгоритм лікування: першочергово широкий розтин та дренування абсцесу (при паратонзиллярному, парафарингеальному абсцесі та абсцесі надгортанника), негайна ревізія та дренування переднього, заднього та заглоткового простору з веденням рани «відкрито» та щоденними промиваннями антисептичними розчинами та призначення медикаментозного лікування – антибактеріальної терапії. Більш якісний результат прискорення репаративних процесів в післяопераційному періоді отримано у хворих на гнійно-запальні захворювання глотки та гортані, яким для лікування ЦД було призначено інсулінотерапію.

9. Надання медичної допомоги пораненим в зоні бойових дій здійснюється від нульового рівня:

боротьба з шоком; туалет рани; зупинка кровоте-чі; накладання стерильних пов'язок; профілактика правця; відновлення адекватного дихання (введення трахеоканюлі в гортань чи трахею через раньовий канал або проводиться трахеостомія (коніко- чи крі-кокониотомія) та введення трахеоканюлі; санація дихальних шляхів: аспірація (крові, слизу) і т.ін.; відновлення гемодинаміки (переливання крові, її за-мінників), усунення гіповолемії, введення серцевих глікозидів та інше; введення езофагально-гастраль-ного зонда для харчування; проводиться евакуа-ція в прифронтіві госпіталі. Загальнолікарська та спеціалізована медична допомога в прифронтівих госпіталах надається в такому порядку: встановлю-ється характер пошкодження та проводиться етапне лікування; надається спеціалізована допомога (при можливості); проводяться профілактичні міри, на-правлені на боротьбу з ускладненнями (антибакте-ріальна терапія, усунення гіповолемії, відновлення серцево-судинної діяльності, дихання, харчування); за необхідності ведеться підготовка до подальшої евакуації поранених в тиліві (фронтіві) госпіта-лі для реабілітації в спеціалізованих госпіталах типу «голова і шия», де є відповідні спеціалісти. Лікування в умовах тилівих госпіталів проводиться у відділеннях за відповідним профілем і направле-ним на реабілітацію постраждалих. Одночасно про-водяться відновлювально-реконструктивні операції всієї ланки пошкодження одночасно. Пошкодження гортані, трахеї, стравоходу та граничних областей є найбільш складними і трудомісткими хірургічними втручаннями. Необхідно відновити дихальну, голо-сову, ковтально-розподільну функції гортані та за-хисну. Метод операції залежить від об'єму пошкод-ження та часу з моменту поранення та наявності ускладнення. Застосовуються різноманітні мето-ди відновлювально-реконструктивних операцій: ларингостомія, ларинготрахеостомія, репозиція хрящового скелету, усунення дефектів слизової оболонки та хрящового скелету (часто із ознака-ми хондроперихондриту). Безумовно, що доки не сформується гортань, пошкоджену трахею з'єднати з нею шляхом трахеогортанного анастомозу не-можливо. Відновлення трахеї проводиться згодом (в трахеї знаходиться трахеостомічна трубка) шля-хом резекції проксимального зруйнованого кінця трахеї, мобілізації її грудного відділу та утворення циркулярного трахеогортанного анастомозу. Такий алгоритм хірургічної допомоги дає можливість мак-симально використати трахею для відновлення де-фектів деяких ділянок хрящового скелету та слизо-вої оболонки трахеї.

10. Проведене визначення ефективності викори-стання місцевих назальних спреїв при запальній па-тології носоглотки. Враховуючи такі побічні дії при призначенні системних антибіотиків, як зниження опірності організму, підвищення мультирезистент-

ності мікрофлори, розвиток грибкових ускладнень, симптоми інтоксикації тощо, зрозумілою стає заці-кавленість фахівців у ефективній місцевій терапії запальних захворювань носа та приносівих пазух. Також доведено, що своєчасне застосування місце-вої антибактеріальної терапії у лікуванні риносину-їтів допомагає в ряді випадків зупинити розвиток запального процесу на ранній стадії, уникаючи при-значення в подальшому системних антибіотиків та проведення пункцій верхньощелепних пазух. Усе вищенаведене свідчить про важливість місцевої ме-дикаментозної терапії риносинуїтів.

11. Проведене визначення ефективності калоричної вестибулярної стимуляції та дігідро-кверцетину для профілактики вестибулярних по-рушень внутрішнього вуха у хворих на церебраль-ний гіпертонічний криз. На 14-й день після початку калоричної вестибулярної стимуляції поєднаний вестибулярний синдром – центральний і перифе-ричний – виявлено у 19 (63,3 %) хворих основної групи і 11 (36,6 %) хворих групи порівняння; $t=2,15$, різниця достовірна. Поєднаний вестибулярний син-дром – центральний і периферичний – виявлено у 26 (86,7 %) обстежуваних контрольної групи. Критерій достовірності t дорівнював 2,17. Ймовірність різниці $p < 0,05$, різниця достовірна. Отже, ефективність процедури при застосуванні для калоричної вестибулярної стимуляції стає вищою при застосу-ванні дігідрокверцетину.

12. Дослідження співвідношення між скарга-ми хворих з порушенням функції звукосприйняття судинного генезу та даними аудіометрії в розши-реному (9-16) кГц діапазоні частот з нормальними показниками слуху на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц, а також визначення особливості їх ранніх клінічних та аудіометричних проявів пока-зало, що лише 6,6 % хворих з порушеннями слу-ху по типу звукосприйняття, у яких слух на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц знаходився в межах норми, а в розширеному (9-16) кГц був по-рушений, артеріальний тиск (АТ) був нестійким із схильністю до його зниження, однак 93,4 % мали нестійкий АТ із схильністю до його підвищення. У переважної більшості (61,9 %) хворих з сенсонев-ральною приглухуватістю судинного генезу на по-чаткових стадіях її розвитку, тобто, при нормально-му сприйнятті тонів в конвенціональному (0,125-8) кГц діапазоні частот, має місце практично симе-тричне порушення слуху на тони в розширеному (9-16) кГц. При цьому 23,8 % таких хворих мали низхідний характер аудіометричної кривої, 16,7% - низхідний з максимальним зниженням слуху на тони в області (14 і 16) кГц. У 21,4 % випадків зазначені хворі мали «пилкоподібний» характер, але теж із схильністю до низхідної аудіометричної кривої. У решти хворих (38,1 %) з нормальним слухом на тони в конвенціональному (0,125-8) кГц діапазоні частот в

розширеному (9-16) кГц спостерігалось асиметричне порушення слуху на праві і ліве вухо.

13. Проведене порівняння результатів СВП і стадії акустичної неврини демонструвало такі результати. Пацієнти першої групи склалися з групи 44 пацієнтів з односторонньою або переважно односторонньою сенсоневральною приглухуватістю. Усереднений поріг при цьому в групі складав частоту 36,9 ($\pm 19,7$) дБ. За результатом СВП було відзначено, що у 18 випадках (40,91 %) хвилі не були виявлені. Хвиля V була записана в 24 випадках (54,55 %). Тільки в 12 (27,27 %) випадках СВП були позитивними і продемонстрували чутливість ретрокохлеарної патології. У них, в середньому, затримка хвилі V була 5,81 ($\pm 0,65$) мс, інтервал III-V був 1,86 ($\pm 0,38$) мс, інтервал IV - 4,65 ($\pm 0,66$) мс. Друга група складалася з 35 пацієнтів. Визначався поріг тону на частоті 41,6 ($\pm 18,3$) дБ. У 55,56 % випадків (10 хворих) хвилі не були виявлені, в 14 випадках (40%) хвилі 5 були візуалізованими. А в 27,78% (5 випадків) СВП були позитивними, визначалась латентність хвилі V 5,83 ($\pm 0,53$) мс, в інтервалі IV - 4,33 ($\pm 0,6$) мс, інтервалі III-V - 2,16 ($\pm 0,62$) мс. Третя група була найменша і складалася з 18 пацієнтів. Усереднений поріг при цьому в групі складав частоту 51,1 ($\pm 15,5$) дБ. У 7 випадках (38,89 %) були відзначені хвилі V, у 55,56 % випадків (10 пацієнтів) хвилі не були виявлені, у 5 випадках (27,78 %) були позитивними СВП і продемонстрували повторно ретрокохлеарну патологію. Сумарна латентність хвилі V була 5,56 ($\pm 0,71$) мс, інтервал III-V - 2,29 ($\pm 0,72$) мс і інтервал I-V - 4,08 ($\pm 0,68$) мс.

14. Визначена необхідність накладання стійкої трахеостоми для пацієнтів, які прикуті до ліжка на тривалий час через повну втрату функції опорно-рухової системи, в тому числі і дихальних м'язів, і приречені до апарату штучного дихання. Тривале знаходження трахеоканюлі в дихальних шляхах у хворих, що знаходяться на штучному диханні, загрожує утворенням пролежнів, трахеостравохідних норниць, смертельних кровотеч, а також розвитку хондромалії, некрозу скелету гортані та трахеї. З метою запобігання подібних ускладнень накладається стійка трахеостома, що окрім згаданого, спрощує роботу лікаря-інтенсивіста. Стійка трахеостома має бути дещо більша в діаметрі за діаметр трахеоканюлі, до якої підключається дихальний апарат, з тією метою, щоб можна було відсмоктувати слину з порожнини гортані через щілину над трахеоканюлею. Крім того, це запобігає розвитку хондромалії верхніх відділів трахеї чи гортані. З часом стійка трахеостома під впливом репаративних процесів зменшується, але залишається вільною для перебування в ній трахеоканюлі, що забезпечує більш комфортні умови для хворого і полегшує роботу медичного персоналу по догляду за хворим.

ВИСНОВКИ

1. Частота виникнення рецидивів паратонзиллярного абсцесу в умовах міського ЛОР-стаціонару складає 28 на 1000 хворих. Проведення абсцестонзилектомії є ефективним методом профілактики рецидивів захворювання.

2. Найбільш оптимальними є доступи до верхньощелепної пазухи через лунку видаленого зуба або через нижній носовий хід. Доступ через лунку доцільний тільки в тому випадку, коли у пацієнта є виражений дефект кістки навколо коренів зуба, що дозволяє проникнути в пазуху без додаткового видалення здорової кістки. Доступ через нижній носовий хід передбачає пошкодження слизової оболонки під нижньою носовою раковиною, що в більшості випадків призводить до формування рубця і порушення мукоциліарного транспорту в місці розтину пазухи.

3. Найбільш ефективними прийомами ринопластики під час операції септопластика є шовна фіксація чотириугольного хряща з одномоментною пластикою колюмели фрагментом резецированого хряща з подальшою його фіксацією до носової вісті і медіальним ніжкам крильних хрящів.

4. При лікуванні хворих з тонзиллярними флегмонами шиї, першочерговим є санація глотки, для елімінації причинного фактору. Тому надання медичної допомоги таким хворим слід починати з термінової абсцестонзилектомії.

5. Виявлено патоморфоз, а саме – «постаріння» аденоїдних вегетацій. У обстежених 33 % студентів виявлені аденоїдні вегетації (23 % осіб з I ступенем аденоїдних вегетацій, 4 % – II ступеня і 6 % – III ступеня). Хірургічне лікування проводилось лише хворим з третім ступенем гіпертрофії глоткового мигдалика, при наявності стійкої назальної обструкції та за умови відсутності ефекту від консервативного лікування.

6. Метод ендоскопічної хірургії паралітичних стенозів гортані є ощадливим і надійним. Рецидиви стенозу не спостерігаються.

7. Виявлені глибокі і незворотні морфологічні зміни мигдаликів хворих на некомпенсовану форму хронічного тонзиліту і в першу чергу це відноситься до змін в криптах (лакунах) піднебінних мигдаликів. Застосування кріодеструкції, а тим паче високоенергетичного лазера додатково руйнує кріптолімфон і спричиняє рубцювання за новоутворених вусть лакун, порушуючи їх самосанацію. Найбільш ефективним хірургічним методом лікування хворих на хронічний декомпенсований тонзиліт залишається екстракапсулярна тонзилектомія.

8. Пацієнтам на ЦД 2 типу в разі розвитку гнійного запалення глотки та гортані необхідне застосування негайного комплексного лікування. Хворим на ЦД 2 типу з наявністю гнійного запалення глотки і

гортані слід в схему лікування включати інсулінотерапію коротким курсом, що покращує репаративні процеси в рані та прискорює одужання.

9. Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів, як правило, є комбінованими, складними, інвалідизуючими або смертельними. Поранені потребують термінової допомоги, проводиться першочергова евакуація у фронтові госпіталі «Голова і шия». Комбіновані травми ЛОР-органів належать до компетенції лікарів-оториноларингологів, нейрохірургів, офтальмологів, торакальних хірургів, відповідного оснащення та підготовлених спеціалістів, що забезпечує реабілітацію форми і функції органів.

10. Своєчасне застосування місцевої антибактеріальної терапії у лікуванні риносинуситів допомагає в ряді випадків зупинити розвиток запального процесу на ранній стадії, уникаючи призначення в подальшому системних антибіотиків та проведення пункцій верхньощелепних пазух.

11. При використанні при лабіринтних порушеннях у хворих на церебральний гіпертонічний криз дігідрокверцетину на тлі калоричної вестибулярної стимуляції у порівнянні з проведенням у них традиційної калоричної вестибулярної стимуляції, виявляється більша ефективність відновлення вестибулярної функції: кількість випадків залишкового поєданого вестибулярного синдрому при порівнянні складає 36,6 % до 63,3 %. Це є способом превентивної реабілітації і вагомим внеском до первинної профілактики цереброваскулярних захворювань.

12. Більшість (65,7 %) хворих при ранніх проявах порушення функції звукосприйняття судинного генезу скарги на розлади слуху не висуюють. І слух на тони в області конвенціонального (0,125-8) кГц діапазону частот у таких хворих знаходиться в межах норми. Однак в різному ступені вираженості у них спостерігається порушення слуху на тони в розширеному (9-16) кГц діапазоні частот.

13. Зміни хвиль слухових викликаних потенціалів були виявлені у всіх хворих на акустичні невриноми. Значні зміни спостерігаються при великих пухлинах. Ці дані підтверджують важливість застосування методу реєстрації слухових викликаних потенціалів для діагностики акустичної невриноми.

14. Постійна (стійка) трахеостома є необхідною для пацієнтів, які прикуті до ліжка на тривалий час через повну втрату функції опорно-рухової системи, в тому числі і дихальних м'язів, і приречені до апарату штучного дихання.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що не мають конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування. Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.С. Головокружение и периферический ишемический кохлеовестибулярный синдром, обусловленный недостаточностью кровообращения в вертебрально-базилярной системе [Текст] / Н. С. Алексеева, Н. М. Кириченко // Вестн. оториноларингологии. – 2006. – № 2. – С. 15-19.
2. Гомза Я.Ю. Впровадження трубок силосанових для калоричної вестибулярної стимуляції в медичну практику [Текст] / Я.Ю. Гомза, С.В. Пасічний // IV Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», 15-17 квітня 2015 р., Київ. – С. 57.
3. Гомза Я.Ю. Превентивна реабілітація вестибулярного апарату хворих після ішемічного інсульту за допомогою силосанових трубок для калоричної вестибулярної стимуляції [Текст] / Я.Ю. Гомза, О.С. Ратушенко, С.С. Ратушенко, С.В. Пасічний // Український неврологічний журнал. – 2015. – № 3 (36). – С. 70.
4. Гомза Я.Ю. Спосіб калоричної вестибулярної стимуляції у послідовності заходів діагностики, профілактики та лікування слухових порушень функції внутрішнього вуха у хворих із церебральним гіпертонічним кризом [Текст] / Я.Ю. Гомза // Український неврологічний журнал: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи», присвяченої 110-річчю заснування кафедри неврології НМУ ім. О.О. Богомольця (Київ, 19-20 вересня 2013 р.). – 2013. – № 3 (28). – С. 107.
5. Гомза Я.Ю. Спосіб профілактики і лікування слухових, вестибулярних і рухових порушень с використанням пристрою – трубок силосанових для калоричної вестибулярної стимуляції та дігідрокверцетину [Текст] / Я.Ю. Гомза, С.В. Пасічний // Деклараційний патент на корисну модель. № u 2015 10766 від 05.11.15.
6. Гук-Лешневська З.О. Небажані ефекти антибіотикотерапії [Текст] / З.О. Гук-Лешневська // Раціональна антибіотикотерапія. – 2013. – № 3 (28) б.
7. Aarabi B. Central Nervous System Infections after Military Missile Head Wounds. Clinical Studies [Text] / B. Aarabi, M. Taghipour, E. Alibaii, A. Kamgarpour // Neurosurgery. – 1998. – Vol. 42, Issue 3. – P. 500-509.
8. Aoki S. Monocular electronystagmographic analysis of caloric nystagmus [Text] / S.Aoki, Y.Arai,

- C.F.Claussen // The International Tinnitus Journal. Official Journal of the Neurootological and Equilibriometric Society (NES). – 2007. – Vol. 13, No. 1 & 2. – P. 51-56.
9. Effect of non- maxillary expansion on the nasal septum deviation: a systematic review [Elektronic resource] / Tehnia Aziz, Kal Ansari, M.O. Lagravere, M.P. Major [et al.] // Prog Orthod. – 2015. Mode of access: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
 10. Efficacy of Tonsillectomy for Recurrent Throat Infection in Severely Affected Children – Results of Parallel Randomized and Nonrandomized Clinical Trials [Text] / J.L. Paradise, C.D. Bluestone, Z. Ruth [et al.] // N Engl J Med. – 1984. – No. 310, No. 11. – P. 674-683.
 11. Gomza Y.Y. The Treatment of Peripheral Vestibular Dysfunction Using Caloric Vestibular Stimulation in Patients with Cerebral Hypertensive Crisis [Elektronic resource] / Y.Y.Gomza, R.Mösger // International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2015. – No. 4. – P. 229-235. Mode of access: www.scirp.org/journal/ijohns
 12. Johnson R.F. An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess [Text] / R.F. Johnson, M.G. Stewart, C.C. Wright // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2003. – No. 128. – P. 332-343.
 13. Miller S.M. Studies of caloric vestibular stimulation: implications for the cognitive neurosciences, the clinical neurosciences and neurophylosophy [Text] / S.M. Miller, T.T. Ngo // Acta Neuropsychiatry. – 2007. – Vol. 57. – P. 183-203.
 14. Nerwiaki nerwu twarzewego / Otolaryngologia polska [Text] / J. Sokołowski, R.Bartoszewicz, K. Morawski, B. [et al.] // The Polish otolaryngology. – 2013. – Vol. 67, No. 6. – P. 283-288.
 15. Pasquale C.M. Adenoid tissue rhinopharyngeal obstruction grading based on fiberendoscopic findings: a novel approach to therapeutic management [Text] / C.M. Pasquale // International Journal of pediatric otolaryngology. – 2003. – Vol. 67, Issue 12. – P. 1303-1309.
 16. Percutaneous dilatational tracheostomy in the ICU: optimal organization, low complication rates, and description of a new complication [Text] / K.H. Polderman, J.J. Spijksstra, R. de Bree [et al] // Chest. – 2003. – Vol. 123, No. 5. – P. 1595-1602.
 17. Ramachandran V.S. Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophylia? [Text] / V.S. Ramachandran, P.D. McGeoch // Medical Hypothesies. – 2007. – Vol. 69. – P. 250-252.
 18. Ramachandran V.S. Can vestibular caloric stimulation be used to treat Dejerine-Roussy Syndrome? [Text] / V.S. Ramachandran, P.D. McGeoch, L.Williams // Medical Hypothesies. – 2007. – Vol. 69. – P. 486-488.
 19. Semon F. On the Probable Pathological Identity of the various forms of Acute Septic Inflammations of the Throat and Neck, hitherto described as Acute Œdema of the Larynx, Œdematous Laryngitis, Erysipelas of the Pharynx and Larynx, Phlegmon of the Pharynx and Larynx, and Angina Ludovici [Text] / F. Semon // Med Chir Trans. – 1895. – No. 78. – P. 181-238.
 20. Who ends up having tonsillectomy after peritonsillar infection? [Text] / J. Wiksten, M. Hytonen, A. Pitkaranta, K. Blomgren [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2012. – No. 269. – P. 1281-1284.

Отримано 20.12.2015

РАЗРАБОТКА НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УША И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Науменко А.Н., Васильев В.М., Гомза Я.Ю.

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев, Украина

Актуальность: остаётся нерешённой проблема выбора наиболее оптимального подхода к лечению различных заболеваний ЛОР органов.

Цель: поиск новых подходов к диагностике и лечению больных с патологией уха, горла, носа, околоносовых пазух, трахеи и пищевода.

Материалы и методы: клинические, инструментальные, аудиологические, вестибулометрические, эндоскопические, морфологические методы.

Результаты. Проведение абсцессотомии не увеличивает время пребывания больного в ЛОР-стационаре. Наиболее оптимальными являются доступы к верхнечелюстной пазухе через лунку зуба или нижний носовой ход. При лечении тонзиллярных флегмон шеи первоочередным является санация глотки. Выявлено патоморфоз аденоидных вегетаций. Метод эндоскопической хирургии паралистических стенозов гортани надёжен. Самым эффективным в лечении декомпенсированного тонзиллита является тонзиллэктомия. Инсулинотерапия ускоряет репарацию у больных с гнойными воспалениями глотки при сахарном диабете. Огнестрельные повреждения ЛОР-органов требуют срочного специализированного хирургического лечения. Применение у больных цереброваскулярной патологией дигидрокверцетина на фоне калорической вестибулярной стимуляции является эффективным способом превентивной реабилитации. У 65,7% нарушений звуковосприятия сосудистого генеза выявлено бессимптомное течение. Изменения волн слуховых вызванных потенциалов выявлены у всех больных с акустической невриномой. Стойкая трахеостома является необходимой для пациентов, обречённых на аппарат искусственного дыхания.

Выводы: Проблемы современной оториноларингологии требуют изобретения и применения принципиально новых подходов к их диагностике и лечению.

Ключевые слова: оториноларингология, калорическая вестибулярная стимуляция, профилактика и лечение, новые подходы.

PECULIARITIES OF NEW METHODS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF OTOLARYNGOLOGICAL DISEASES

Naumenko A.N. Vasiliev V.M., Gomza Y.Y.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Relevance: the problem of otolaryngological diseases is still important nowadays. The problem of choice of the best possible approach to the treatment of different otolaryngological diseases hasn't been solved yet.

Aims: to find new approaches to the diagnosis and treatment of patients with pathology of the ear, nose, throat, paranasal sinuses, trachea and esophagus.

Methods: clinical, instrumental, audiological, vestibulometrical, endoscopic, morphological methods.

Results: The procedure of abscess tonsillectomy does not prolong time of the patient's hospital stay in the ENT department. The optimum access way to the maxillary sinuses is that through the alveolar socket or internal nasal way. Sanitation of the pharynx is the priority in case of the treatment of tonsillo-genical phlegmona of the neck. The study revealed adenoid tissue pathomorphosis. The endoscopic surgery of the laryngeal paralytic stenosis is a reliable one. The most effective in the treatment of decompensated tonsillitis is tonsillectomy. Insulin therapy speeds up the reparation of suppurating pharynx inflammation in patients with diabetes. Gunshot ENT organs injuries require urgent specialized surgical treatment. Timely use of local antibacterial therapy arrests the development of the inflammatory process at an early stage in patients with rhinosinusitis. The Dihydroquercetin applied in patients with cerebrovascular pathology with calorical vestibular stimulation was an effective way of preventive rehabilitation. In 65.7% of patients with sound perception abnormalities of vascular origin there has been revealed an asymptomatic flow. Alterations of auditory wave evoked potentials have been identified in all patients with acoustic neurinoma. Permanent tracheostoma insertion is necessary for patients with artificial respiration.

Conclusion: The problems of modern otorinolaryngology require research and application of the innovative approaches to diagnosis and treatment.

Keywords: otolaryngology, calorical vestibular stimulation, prevention and treatment, new approaches.