

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ  
КИЇВСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ  
ІМЕНІ ПРОФЕСОРА О. С. КОЛОМІЙЧЕНКА

# **VIII З'ЇЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УКРАЇНИ**

**5—10 червня 1995 р.**

м. КИЇВ 1995

При недостаточном эффекте консервативного лечения или сохранении затрудненного носового дыхания возможно применение щадящих методов хирургического лечения. Предпочтительным является использование сверхнизких температур или излучения углекислого лазера.

© Л. Б. Дайняк, 1995

## ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

В. Р. Деменков, К. Ф. Ягудин (Луганск)

За последние 6 лет мы наблюдали 27 мужчин в возрасте от 18 до 62 лет с огнестрельными ранениями ЛОР-органов. У 16 из них входное отверстие раневого канала находилось в области носа и околоносовых пазух. Пуля прошла в сагиттальной плоскости, повредив затылочную или височную области головного мозга. Эти пострадавшие погибли на месте ранения или в ближайшие часы после огнестрельной травмы из-за тяжелых повреждений мозгового черепа. У 11 человек раневой канал проходил во фронтальной плоскости, при этом, кроме разрушений полости носа и околоносовых пазух, отмечено повреждение скуло-орбитального комплекса, ветвей нижней челюсти, лобной доли мозга, т. е. все ранения оказались сочетанными. Шок II—III степени имел место у 10 из них. Они нуждались в реанимационных мероприятиях до первичной хирургической обработки раны.

Квалифицированную и специализированную хирургическую помощь этим пострадавшим оказывала бригада в составе офтальмолога, челюстно-лицевого хирурга, нейрохирурга, оториноларинголога.

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом после выведения пострадавшего из шока, стабилизации гемодинамики, с максимальным сохранением мягких тканей лица для последующих этапов пластического закрытия огнестрельных дефектов его.

Все 11 человек выздоровели.

© В. Р. Деменков, К. Ф. Ягудин, 1995

## СТАН ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНИЙ РИНОСИНУЇТ

К. П. Дерепя, Б. М. Пухлик, А. І. Барціховський (Вінниця)

Дослідження імунологічної реактивності на сучасному рівні виконуються при вивченні середньостатистичних показників імунограми хворих чи за допомогою клінічної інтерпретації імунограми кожного пацієнта (з урахуванням величини, напрямку змін окремих показників, а також їх взаємодії), останнє має більше значення у клінічній прак-

тиці (К. А. Лебедева, И. Д. Понякина, 1990; И. В. Орадовская и соавт., 1990; Р. В. Петров и соавт., 1992).

За допомогою уніфікованих імунологічних тестів I та II рівнів, які виконувались згідно методичних рекомендацій Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського (Е. Ф. Чернушенко и соавт., 1985), нами вивчена імунологічна реактивність 98 хворих на алергічний риносинусит, серед яких було 47 жінок (48,0 %) та 51 чоловік (52,0 %).

Автоматизація та зменшення суб'єктивних факторів при клінічній інтерпретації імунограм досягалась використанням створеної нами комп'ютерної програми у межах пакета FoxPro.

Під час клінічної інтерпретації імунограм тільки у 28,6 % хворих на алергічний риносинусит імунограма відповідала нормі, у 71,4 % діагностовано деякі ознаки порушення імунітету. У структурі лабораторних синдромів імунопатології частіше спостерігались: зниження функції Т-ланки лімфоцитів (24,3 %), зниження природної резистентності (21,6 %), імунорегуляторні порушення (15,3 %), комплекс ознак, що характерні для алергії (14,4 %), які в сумі склали 75,6 % усіх порушень. Однак, під час лікування хворих на алергічний риносинусит необхідно враховувати зміни імунологічної реактивності інших типів: зниження функції лімфоцитів (10,8 %), зниження В-ланки імунітету (9,9 %), комплекс ознак, що характерні для аутоімунного процесу (3,6 %), які складають ще 24,3 % від усіх порушень. В імунограмі 26,5 % пацієнтів спостерігались ознаки, які характерні для кількох синдромів одночасно, що розцінювались як комбінований синдром.

Зв'язок між знайденими синдромами порушення імунологічної реактивності та захворюванням на алергічний риносинусит підтверджується суттєво вищою їх поширеністю серед хворих, ніж у популяції ( $P < 0,01$  для усіх синдромів за винятком ознак аутоімунної агресії, для яких  $P > 0,05$ ).

Наведені дані свідчать про те, що для алергічного риносинусита не існує однозначної закономірності в змінах показників імунограми. Достатньо велика різноманітність типів порушення імунологічної реактивності обумовлює не стільки доцільність, як обов'язковість імунологічного обстеження цієї категорії пацієнтів, особливо з метою імунокорекції.

© К. П. Дерепя, Б. М. Пухлик, А. І. Барціховський, 1995

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГУБЧАТОЙ АУТОКОСТИ И КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ПАТОЛОГИИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

В. И. Диденко (Запорожье)

Доказано, что губчатая аутокость обладает самыми высокими остеогенными свойствами. Ее пластичность, способность питаться в условиях плазмоциркуляции в первые часы и дни после транспланта-