

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

імені П. Л. ШУПИКА

ВДНЗУ «БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

АСОЦІАЦІЯ ДИТЯЧИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

**РЕСПІРАТОРНА ШКОЛА В ПЕДІАТРІЇ,
ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ТА СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ**

**Матеріали II міждисциплінарної науково-практичної конференції
з міжнародною участю**



15-16 жовтня 2021 р.

Чернівці

II міждисциплінарна науково-практична конференція з міжнародною участю «Респіраторна школа в педіатрії, отоларингології та сімейній медицині» проводиться згідно до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій у 2021 році

групи (II) увійшли діти віком від 0 до 11 років (145 пацієнтів). Таким чином, серед госпіталізованих пацієнтів частка підлітків сягала 22,9%.

Результати дослідження. Аналіз клінічної характеристики перебігу коронавірусної хвороби у дітей дозволив вирізнити окремі вікові особливості, які торкалися частоти певних симптомів у дітей вікових клінічних груп. Так, симптоми ураження нижніх дихальних шляхів превалювали у підлітковому віці, зокрема, у більшості відмічалися кашель - 81,4%, задишка - 51,1%, гіпоксемія - 14,2%, у пацієнтів II клінічної групи дані ознаки спостерігалися відповідно у 48,4%, 21,8% та 3,6%. Також підлітки частіше відмічали симптоми, пов'язані з інтоксикаційним синдромом: загальна слабкість (97,6%), зниження апетиту (74,4%), міальгії (11,6%), головний біль (14,2%), що ймовірно обумовлено можливостями вербальної комунікації дітей даної вікової категорії. Натомість у групі порівняння домінувала симптоматика зі сторони верхніх дихальних шляхів, зокрема, закладеність носа (46,8%), ринорея (21,3%) та частіше відмічалася лихоманка (88,9%) і діарея (5,8%).

Висновки. Клінічний перебіг коронавірусної хвороби у пацієнтів підліткового віку вирізняється частішою наявністю симптомів ураження нижніх дихальних шляхів та ознаками інтоксикаційного синдрому.

*Кіщук В. В., Барціховський А. І., Максимчук В. В., Бобело А. С., Дмитренко І. В.,
Бондарчук О.Д., Лобко К.А. Існюк А.С., Рауцкіс В.П., Скічко С.В.,
Грищун Я.П., Корольчук В.В. (Вінниця, Україна)*

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ НОСОГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА У ХВОРИХ З ЛАТЕНТНОЮ HHV-IV-ІНФЕКЦІЄЮ

Вступ. Сучасні імуновірусологічні дослідження демонструють певні асоціативні зв'язки між інфікуванням вірусом Епштейн-Барра і хронічним тонзилітом – 63.0 % (Seishima N. et al., 2017), аденоїдитом 36.6 % (Karlıdağ T. et al., 2012), гіпертрофією піднебінних мигдаликів – 63-71 % (Незгода І.І., Бобрук С.В., 2016; Endo L.H. et al., 2001) і гіпертрофією носоглоткового мигдалика – 33-74 % (Попович В.І. зі співавт., 2010; Al-Salam S. et al., 2011; Endo L.H. et al., 2002; Karlıdağ T. et al., 2012; Seishima N. et al., 2017; Xue X.C. et al., 2014).

В свою чергу, гіпертрофія носоглоткового мигдалика II-III ступеня

ускладнюється риносинуситами, отитами, зумовлює порушення пропорційності розвитку порожнини носа, верхньої щелепи, обличчя і тулуба тощо (Мельников О.Ф., зі співавт., 2001; Пухлик С.М. зі співавт., 2003; Кіщук В.В. зі співавт., 2013, 2015; Лайко А.О. зі співавт., 2006, 2010; Рауцкіс П.А., 2008; Заболотний Д.І. зі співавт., 2009; Бондарчук О.Д., 2010; Заболотна Д.Д. зі співавт., 2010; Пухлик Б.М., 2010).

На думку В.Е.Казмирчук, Д.В.Мальцева (2011) активну або реактивацію хронічної HHV-IV-інфекції можливо запідозрити високими титрами (*5-10 разів більше верхньої межі норми) специфічного IgG (EBNA, VCA) шляхом ІФА-дослідження (напівкількісні результати) при відповідній клінічній симптоматиці, іноді позитивними IgM, але для верифікації необхідно використовувати ПЛР (кількісна real-time методика) і найбільш коректно ПЛР зі зворотною транскрипцією.

Метою нашого дослідження було визначення поширеності інфікування вірусом Епштейн-Барра, а також ступеню її активності серед дітей з алергією і назальною обструкцією внаслідок гіпертрофії носоглоткового мигдалика.

Матеріали і методи. В результаті аналізу результатів 135 відеоендоскопічних досліджень носа і носоглотки за період 2017-2018 років виявлено 23 дитини віком 2-16 років, яким з метою диференційної діагностики алергічного риніту і аденоїдів у Вінницькому Алерго-імунологічному центрі «Клініка професора Пухлика» одночасно проводилось алергологічне обстеження і типування специфічних IgG-антитіл до раннього (EBEA) і ядерного (EBNA) антигена вірусу Епштейн-Барра (EBV) імуноферментним методом.

Результати та обговорення. Серед 23 дітей з гіпертрофією носоглоткового мигдалика ІІВ-ІІІ ступенів у 21 (91,3 %) виявлено специфічні IgG-антитіла до ядерного EBV- антигена (EBNA). Середня величина коефіцієнта перевищення порога норми (CutOff) складала $9,14 \pm 4,30$ і коливалась у межах від 1,32 до 18,08. Слід відзначити, що серед жителів м. Київ поширеність EBNA складає 3,9 % (Загородня С.Д., 2003).

Результати типування специфічних IgG-антитіл до раннього EBV-антигена (EBNA) були позитивними тільки в 2-х випадках (8.7 %). Середня величина коефіцієнта перевищення порога норми складала $2,48 \pm 0,54$ і коливалась у межах від 1,71 до 3,24.

Висновки.

1. 91,3 % хворих з гіпертрофією носоглоткового мигдалика ІІВ-ІІІ ступенів перенесли в минулому інфікування вірусом Епштейн-Барра, котре могло активувати лімфопроліферацію носоглоткового мигдалика і бути причиною його гіпертрофії.

2. В 8.7 % випадках виявлено активацію латентної EBV-інфекції, що має бути показанням до відтермінування аденотомії і проведення специфічного лікування.

3. В протокол обстеження хворих перед аденотомією слід ввести тести визначення активності латентної EBV-інфекції.

*Кіщук В.В., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Лобко К.А.,
Барціховський А.І., Грищун Я.П. Існюк А.С.
(Вінниця, Україна)*

ФРОНТО-БАЗАЛЬНА ТРАВМА В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ, ТА СТАН ГУМОРАЛЬНИХ ЧИННИКІВ ЗАПАЛЕННЯ І РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Вступ. За даними медичної літератури серед загальної кількості травм у дітей за поширеністю та важкістю переважають ушкодження черепа та головного мозку, а черепно-мозкова травма, не менше як у 40% випадків виступає як причина насильницької смерті дітей.

Ушкодження кісток черепа у дітей спостерігаються досить часто згідно статистичних даних: склепіння черепа (24% випадків), основи (16% випадків), склепіння та основи (59%). При цьому, найчастіше відзначаються ушкодження тім'яних кісток, рідше – лобної та потиличної кісток (1-5%), переважають зокрема лінійні та втиснені переломи. Найбільш частою причиною травми лобної кістки в дитячому віці є транспортна, шкільна та спортивна травма.

Один з методів надання хірургічної допомоги при багатоуламкових переломах лобної кістки полягає у використанні кісткових уламків, що вільно лежать для закриття утворених дефектів, а також застосування різних синтетичних матеріалів. Облітерація пазухи є одним з варіантів надання допомоги цим хворим.

Проводячи аналіз запропонованих методик виявили ряд недоліків:

- використання нейрохірургічних доступів при операціях на лобній пазусі є більш травматичним, особливо в дитячому віці;
- видалення кісткових уламків, що вільно лежать призводить до утворення дефектів лицьового і мозкового скелету;
- застосування металевих конструкцій, різних алотрансплантатів є не фізіологічним, і призводить до реоперацій в дитячому віці по заміні трансплантата;
- застосування аутоотрансплантатів змушує проводити додаткові хірургічні втручання для взяття матеріалу, що є додатковою травмою.

Мета - підвищення ефективності хірургічної допомоги, усунення косметичних дефектів та прискорення реабілітації в післяопераційному періоді у дітей з багатоуламковими переломами лобної кістки.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 11 дітей віком від 12 до 17 років, всі чоловічої статі. У пацієнтів в перші дні після госпіталізації в клініку брали венозну кров, отримували сироватку та мононуклеари методом осадження в градієнті щільності фіколл-верографіна [4]. В сироватці крові методом ІФА визначались рівні прозапального цитокіну – інтерлейкіну-1 β , протизапального цитокіну – інтерлейкіну 10; регуляторних цитокінів: γ -інтерферона та його антагоніста – інтерлейкіна-4 (реактиви ООО «Цитокин», РФ). Крім того, визначався рівень фактора регенерації – трансформуючого фактора росту (TGF-1 β) із застосуванням ридера StatFax 2100 (США) та реактивів фірми DRG Products (Німеччина).

Суть запропонованого методу: виконується бінадбрівний розріз шкіри і м'яких тканин (при наявності відкритого перелому доступ здійснюється через раньовий канал), ревізія рани, видаляють сторонні тіла (якщо такі є), видаляється слизова оболонка пазухи. Всі кісткові уламки зберігають. При наявності перелому мозкової стінки, проводиться ревізія твердої мозкової оболонки, з послідуєчим відновленням стінки її кістковими уламками, які розміщують на твердій мозковій оболонці. Облітерують лобно-носове співустя м'язево-окістним клаптем. Заповнюють порожнину пазухи БКС „Синтекістка”. Запропонована методика полягає у збереженні всіх кісткових уламків, і використанні їх для пластики утворених дефектів мозкового та лицьового скелету.

Проведені дослідження клініко-імунологічного плану свідчать про важливу роль імунної системи в реакції на травму лобної кістки, а саме:

підвищення рівня прозапальних цитокінів і майже відсутність змін в рівні протизапальних за виключенням трансформуючого фактору росту, рівень якого знижується в сироватці крові в першому періоді після травми. Ці данні збігаються з результатами обстежень пацієнтів з ЧМТ в найближчому періоді після травми. Функції, що виконує імунна система у відповідь на травму, включають визначення ураження, індукцію запалення, в тому числі поглинання та відведення детриту, регенерацію та заживлення ран. На думку Gadani та співавторів, ураження тканин при травмі провокує появу різних молекулярно-токсичних чинників (патернів), наприклад, глютамату, АТФ, активних форм кисню та цитокінів прозапальної спрямованості (інтерлейкінів IL-1 α , IL-6, IL-33, HMGB1) і тому вважається, що підвищена продукція цитокінів є прогностично негативною ознакою.

Висновки.

1. Дана методика дозволяє мінімізувати об'єм хірургічного втручання з відмінним косметичним результатом та прискорити реабілітацію в післяопераційному періоді.
2. Збереженні кісткові уламки фізіологічно і повністю ліквідують утворені після травми дефекти.
3. Застосування БКС «Синтекістка» суттєво не впливає на рівень параметрів гуморального імунітету у ранньому та віддаленому періоді після операції.
4. Зберігаючи всі кісткові уламки і використовуючи при облітерації пазухи БКС «Синтекістка», в дитячому віці, ми відмовляємось від застосування металевих конструкцій і виключаємо в майбутньому проведення реоперацій по заміні імплантата, так як БКС «Синтекістка» перетворюється у власну кісткову тканину і росте разом з лобною кісткою.
5. Травма лобної кістки з ураженням лобної пазухи супроводжується підвищенням рівня прозапальних цитокінів (інтерлейкін-1 β , γ -інтерферон) та зменшенням концентрації фактору регенерації – TGF-1 β .

*Кіщук В.В., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Максимчук В.В., Рауцкіс В.П., Скічко С.В., Грищун Я.П., Існюк А.С.
(Вінниця, Україна)*

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ СТЕНОЗІВ ТРАХЕЇ У ДІТЕЙ

Актуальність. Стеноз трахеї у дітей може бути вродженим або набутим. Вроджений стеноз трахеї пов'язаний з порушенням органогенезу у плода, в ряді випадків поєднується з атрезією стравоходу, трахеостравохідною норицею та інше. Набутий стеноз трахеї може формуватися після хірургічного втручання, при аспірації стороннього тіла, внаслідок глибокого кислотного або електрохімічного опіку стравоходу з залученням до процесу навколишніх тканин і трахеї. Формуванню стенозу трахеї також сприяє тривала механічна вентиляція легень при інтенсивній терапії дітей, в тому числі при респіраторної підтримці у хворих на Covid-19. В ряді випадків дитині з ларинготрахеальним стенозом при необхідності тривалої механічної вентиляції легень виконують трахеостомію, яка, в свою чергу, може призвести до механічної обструкції трахеї внаслідок наростання грануляцій та рубцювання в просвіті дихальних шляхів навколо краніальної частини трахеостомічної канюлі. Враховуючи збільшення кількості стенозів трахеї у дитячому віці потреба у вдосконаленні методик профілактики та лікування даної патології є вкрай важливою.

Мета: визначити ефективність стентування трахеї у порівнянні з традиційними дилатаційними методами лікування при стенозах трахеї у дітей.

Матеріали та методи. Нами проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 7 хворих дітей з хронічним суб- та декомпенсованим стенозом трахеї в період з 2016 по 2021 рр. У 4 (57,1%) хворих проведено трахеобронхоскопію з бужуванням місця стенозу, вібромасажем з 1% гідрокортизоновою маззю. У 3 (42,9%) хворих проведено ендоскопічне стентування стентами типу Дюмона. Хворі були стентовані протягом 6-12 місяців, із послідуєчим видаленням стента.

Порівнювались результати лікування з використанням дилатаційної трахеобронхоскопії Брюнінгса з бужуванням стенозів та вібромасажем, а також стентуванням трахеї трахеобронхеальними силіконовими прямими, Т-подібними стентами Дюмона в залежності від типу стенозу (тип мембрани,

«web-like» («горло пляшки»), складні змішані стенози). Перед проведенням стентування усім хворим дітям проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, спірографію, пульсоксиметрію, ендоскопічну ларинготрахеобронхоскопію, а також СКТ трахеї із визначенням локалізації, протягу, діаметру та щільності стенозованої ділянки та послідовним підбором оптимального розміру стенту.

Результати. У групі хворих яким проводилась дилатаційна трахеобронхоскопія показники дихальної функції були на рівні: до лікування $SpO_2=88,6\pm3,2\%$, $FVC=86,6\pm5,1\%$, $FEV_1=66,9\pm12,3\%$, $PEF=59,2\%\pm16,2\%$; 10-доба лікування $SpO_2=93,8\pm2,8\%$, $FVC=90,8\pm2,5\%$, $FEV_1=85,4\pm4,8\%$, $PEF=86,3\%\pm5,9\%$; через 12 міс. $SpO_2=94,5\pm3,8\%$, $FVC=93,1\pm5,9\%$, $FEV_1=84,6\pm9,2\%$, $PEF=88,2\%\pm8,4\%$.

У групі хворих яким проводилось пролонговане стентування показники дихальної функції були на рівні: до лікування $SpO_2=87,2\pm4,1\%$, $FVC=86,1\pm5,9\%$, $FEV_1=68,2\pm7,2\%$, $PEF=60,8\%\pm10,7\%$; 10-доба лікування $SpO_2=95,3\pm5,1\%$, $FVC=96,1\pm4,3\%$, $FEV_1=95,4\pm6,9\%$, $PEF=94,4\%\pm3,9\%$; через 12 міс. $SpO_2=97,9\pm3,5\%$, $FVC=96,4\pm3,7\%$, $FEV_1=97,1\pm9,1\%$, $PEF=95,9\%\pm8,4\%$.

Проведений аналіз віддалених результатів лікування показав значно вищий рівень функції зовнішнього дихання у групі хворих із пролонгованим стентуванням, у порівнянні із дилатаційною трахеобронхоскопією. Вагоме значення у ефективності лікування мала медикаментозна комплексна терапія.

Висновки.

1. Ендотрахеальне стентування є пріоритетним у лікуванні дітей з хронічним прогресуючим стенозом трахеї.
2. Ендотрахеальне стентування є клінічно і економічно більш доцільним у порівнянні із частим регулярним дилатаційним лікуванням.
3. Стентування трахеї при стенозах попереджує звуження трахеї та покращує якість життя пацієнтів.

Кишук В.В., Дмитренко І.В., Бондарчук О.Д., Лобко К.А., Барціховський А.І., Існюк А.С., Максимчук В.В., Рауцкіс В.П., Скічко С.В., Грицун Я.П.
(Вінниця, Україна)

ТОНЗИЛІТ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ

Проблема гострих та хронічних захворювань лімфоглоткового апарату є однією з найактуальніших у сфері сучасної доказової оториноларингології.

Хворі з патологією лімфоглоткового кільця, становлять значну частку амбулаторних пацієнтів, як отоларингологів так і педіатрів, сімейних лікарів та терапевтів. Діагноз ХТ відмічається у 19-20% випадків серед 20 діагнозів, що найбільш часто встановлюється отоларингологами.

Завдяки успіхам сучасної іммунофізіології мигдаликів, її клінічна частина змістилася в бік більш ощадливого відношення до лімфоепітеліальних структур рото- і носоглотки, як до важливих утворень системи імунітету, які носять назву «прикордонної лімфоїдної тканини», пов'язаної з мукозальним імунітетом.

Піднебінні мигдалики є імунокомпетентним органом. За участі системи мононуклеарних фагоцитів, системи комплементу, білків гострої фази, інтерферонів, лізоциму створюють локальний імунітет. Приймають участь в реакціях системного імунітету, виконуючи інформаційну функцію, продуктуючи антитіла та формуючи «клітин імунної пам'яті».

Хронічний (рекурентний) тонзиліт - це стан піднебінних мигдаликів, який проявляється пригніченням неспецифічних факторів природної резистентності організму, порушенням гуморальної та клітинної ланок імунітету і супроводжується інтоксикацією організму з подальшим розвитком місцевих і загальних ускладнень.

Сучасні тенденції в лікуванні рекурентного тонзиліту вказують на потребу в максимально ощадливому відношенні до мигдаликів, видаленні виключно у випадках доведеної функціональної неспроможності та наданні переваги саме консервативній терапії із трьома векторами лікування: покращення дренажної функції лакун піднебінних мигдаликів, нормалізація місцевого та системного імунного статусу.

Нами було проведено прагматичне, рандомізоване, міжнародне, багатоцентрове, відкрите, контрольоване клінічне дослідження з двома

паралельними групами. Дослідження повністю відповідало керівним принципам Міжнародної конференції з гармонізації (ICH) з належної клінічної практики (GCP), передбаченими Хельсінкською декларацією етичним принципам, і всім відповідним нормативним вимогам.

Було рандомізовано дві групи пацієнтів, які страждають на рекурентний тонзиліт: перша – хворі, що отримують комплексне лікування із застосуванням Тонзилотрену, друга – хворі, що отримували лише комплексне лікування.

Результати дослідження показали, що у групі в якій застосовували препарат Тонзилотрен зареєстровано достовірний регрес типових симптомів гострого тонзиліту значно швидше - на 4-й день лікування; ризик розвитку гострого тонзиліту у пацієнтів контрольної групи був в 2,2 рази вище, ніж у групі дослідження; потреба у застосуванні антибіотиків при повторних гострих тонзилітах в 3,2 рази нижче у групі із застосуванням Тонзилотрену. Пацієнти, які отримували Тонзилотрен, оцінювали значно більш високо якість свого життя і загальний результат лікування, кількість днів наявності симптомів ХТ було статистично достовірно менше ніж у групі контролю.

Число пацієнтів та дослідників, які оцінили переносимість препарату Тонзилотрен як «дуже добру» і «добру» коливалась від 98,4 до 100%, що вказує на те, що лікування в цілому добре переносилось і є безпечним. Препарат Тонзилотрен має доведену безпеку та ефективність, як при гострому тонзиліті, так і в період між загостреннями.

Порівнюючи ефективність консервативного та хірургічного лікування хворих на хронічний (рекурентний) тонзиліт, слід сказати, що в багатьох випадках тонзилектомія не вирішує питань подальшого прогресування загального захворювання, про що свідчить депресія рівня sIgA в слині навіть через 5 років після тонзилектомії.

Індивідуально підібрані ефективні способи імунокорекції консервативного лікування хворих на хронічний (рекурентний) тонзиліт, особливо в дитячому віці мають перевагу перед хірургічним методом.

Тонзилотрен має доведену ефективність та безпеку і з успіхом може застосовуватись при запальних захворюваннях лімфоглоткового апарату на будь-якому етапі лікування та реабілітації.

Наукове видання

**РЕСПРАТОРНА ШКОЛА В ПЕДІАТРІЇ,
ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ТА СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ**

**Матеріали II міждисциплінарної науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

15-16 жовтня 2021 р.

Авторське редагування

Видавець ПП Балюк І. Б.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2524 від 23.03.2009. Підписано до друку .09.2021
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний. Наклад 500 прим. Зам.
Друк ПП Балюк І. Б. Тел./факс: (0432) 52-08-02