МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

Журнал вушних, носових і горлових хвороб

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ДВОМІСЯЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Заснований у січні
1924 року

№ 5-с

жовтень
2016

Київ – "Просвіта"

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів **«Сучасні методи консервативного та хірургічного лікування в оториноларингології»** (3-4 жовтня 2016 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 19.09.2016 р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 600 прим. Замовлення №9-0969

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

Виробничо-торговельна фірма "Просвіта", Київ-32, б-р Т.Шевченка, 46

крапель 3 р/д per os протягом 14 діб, вміст міді в крові збільшувався в середньому на 2,30 мг%, активність церулоплазміну по суті не змінювалась, і дорівнювала в середньому 13,25±0,09 у.о.

Таким чином, в організмі хворих на склерому має місце значне зниження вмісту міді, що підтверджується паралельним зниженням церулоплазміну. Ці дані дають можливість обґрунтованого застосування мікродоз міді в комплексному лікуванні хворих на склерому та спонукають до пошуку нових патогенетичних засобів терапії даної категорії хворих.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, А.І. Барціховській, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, Я.П. Грицун, 2016

В.В. КІЩУК, Я.П. ГРИЦУН, І.В. ДМИТРЕНКО, О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО, А.І. БАРЦИХОВСЬКИЙ (ВІННИЦЯ, УКРАЇНА)

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СКЛЕРОМИ

Склерома – важке хронічне інфекційне захворювання людини з специфічним враженням слизової оболонки дихальних шляхів і неспецифічним – внутрішніх органів і систем організму, які знижують працездатність хворих і нерідко призводять до інвалідності (Дмитренко І.В., 2010). Хронічний бронхіт та емфізема легень, різної ступені вираженості, - звичайні супутники склероми, зустрічаються від 55 до 57% хворих (Дерепа К.П., 1966). Інші зміни органів дихання , як ателектаз легеневої тканини (28,2% хворих), бронхоектазії (14,1%), пневмонія , плеврит зустрічаються значно рідше і в запущених стадіях патологічного процесу.

Гістологічне дослідження органів дихання вказують на те, що по мірі розгалуження бронхіального дерева специфічне запалення в бронхах поступово змінюється неспецифічними гострими або хронічними процесами. Враження бронхіального дерева веде у хворих на склерому до порушення бронхіальної прохідності насамперед погіршується дренажна функція бронхів. Деструктивні процеси слизової та стінки бронхів призводять до порушення діяльності миготливого епітелію та перестальтики мускулатури бронхів , що в свою чергу призводить до поглиблення гіпоксії (Дерепа К.П., 1966).

Для лікування хворих на склерому застосовувались різноманітні засоби та методи: медикаментозні, дилятаційні, хірургічні та інші. Проблема лікування склероми повністю не вирішена , хоча в супереч старим поглядам при регулярному лікуванні (1 раз в рік), склерому можна вважати клінічно стабілізованою . Враховуючи патогенез даного захворювання, в основі якого лежить довготривала гіпоксія та інтоксикація організму, і, як результат, відповідні патологічні зміни органів та систем людини, терапія склероми має бути комплексною етіопатогенетичною і починатись якомога в ранніх стадіях хвороби. Тому приділяється багато уваги розробці та впровадження нових препаратів та схем лікування .

До базисної схеми лікування склероми додають також інгаляційні глюкокортикостероїди. Їх висока клінічна ефективність та безпечність в значній мірі визначається особливостями їх фармакокінетики . Препарати даної групи володіють досить низькою системною біодоступністю, котра складається з інгаляційної біодоступності та пероральної (визначається кількістю речовини, що потрапила в ШКТ після інгаляцій). Важливу роль в формуванні загальної системної біодоступності інгаляційних глюкокортикостероїдів грає ефект «першого проходження», завдяки якому відбувається інактивація великої частини лікарської речовини і знижується вираженість його системної дії.

Глюкокортикостероїд флютиказону пропіонат у рекомендованих для інгаляції дозах має потужну протизапальну дію на дихальні шляхи. Що має невелику біодоступність, виражений ефект «першого проходження», високою клінічною ефективністю та співвідношення ціна/ефективність .

В схему комплексного лікування входить використання інгаляційного флютиказону пропіонату в дозі 0,5-2 мг двічі на добу протягом 10 днів.

Під нашим спостереженням знаходилось 40 хворих. 20 хворих отримували інгаляційні кортикостероїди – флютиказону пропіонат і 20 хворих – що отримували інгаляції із ротокан та гідрокортизоном.

Виявлено, що терапевтична дія флютиказону пропіонату розвивається вже через 24 годи-

ни після початку лікування у тих хворих, які раніше не використовували інгаляційні стероїди.

Висновки

1. Максимального покращення стану при лікуванні було досягнуто протягом 4-5 діб від початку лікування флютиказоном. Пацієнти відмічали значне покращення загального стану: зменшення задишки, кашлю, сухості слизових порожнини носу та глотки. При об'єктивному дослідженні: зменшувалась кількість кірок в порожнині носа та густого в'язкого слизу, відновлювався нюх, зменшувалися в розмірах та ставали більш пласкими інфільтрати як в порожнині носа так і в підскладковому просторі гортані, покращувався тембр голосу та гортанне дихання.

2. Застосування флютиказону пропіонату в комплексному лікуванні хворих на склерому призводить до більш швидкого регресу симптомів, покращення загального стану, якості життя.

© В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, А.І. Барциховський, 2016

В.В. КІЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, А.І. БАРЦІХОВСЬКІЙ, О.Д. БОНДАРЧУК, К.А. ЛОБКО, Я.П. ГРИЦУН (ВІННИЦЯ,УКРАЇНА)

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕКУРЕТНОГО (ХРОНІЧНОГО) ТОНЗИЛІТУ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Проблема гострих та хронічних захворювань лімфоглоткового апарату є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині.

Хворі, з патологією лімфоглоткового кільця становлять значну частку амбулаторних пацієнтів, як отоларингологів так і педіатрів та терапевтів. Діагноз захворювання встановлюється у 19-20% випадків серед 20 діагнозів, що найбільш часто встановлюється отоларингологами (за даними Medical Data Management).

Тезис: «Визначити мигдалики як «хворі» або «інфіковані» шляхом клінічного огляду не можна».

Твердження: під тонзилітом (в значенні діагнозу) потрібно розуміти запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму, а отже, з додатково виникаючою симптоматикою.

Коментар: при клінічному огляді можна визначити запальні зміни оточуючих мигдалик тканин і утворень, які характеризують запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму і сприяють рецидивам захворювання.

Рекурентний (хронічний) тонзиліт – запалення піднебінних мигдаликів, яке проявляється пригніченням неспецифічних факторів природньої резистентності організму, порушенням гуморальної, клітинної ланок імунітету і супроводжується інфекційно-алергічною інтоксикацією організму з можливим розвитком місцевих і загальних ускладнень.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10): гострий тонзиліт J 03.0, рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт J 35.0.

Рекурентний тонзиліт (J 35.0) МКХ-10:

- як правило, викликається великою кількістю бактеріальних збудників. Атаки гострого тонзиліту повторюються через деякий час після проведення антибактеріальної терапії. Показом до тонзилектомії є частота і важкість таких епізодів;
- слід розрізняти рецидивуючий тонзиліт;
- викликається тим же збудником, що і попередній епізод тонзиліту. Якщо це БГСГА (Str. pyogenes) – це показання до тонзилектомії.

Вірогідні ознаки рекурентного (рецидивуючого) тонзиліту:

- неприємний запах з рота і / або присмак у роті (халітоз);
- казеозно-гнійні пробки і / або рідкий гній в лакунах мигдалин;
- гіперемія передніх піднебінних дужок (симптом Гізе);
- набряк верхнього кута, утвореного передньою і задньою піднебінними дужками (симптоми Зака і Преображенського);
- рубцеві спайки між мигдалинами і піднебінними дужками;
- збільшені регіональні лімфовузли біля кута нижньої щелепи по передньому краю m. sternocleidomastoideus (валик Корицького).

Немає жодної специфічної ознаки або симптомокомплексу, які були б властиві тільки для рекурентного тонзиліту. І тим більше характеризували функцію піднебінних мигдаликів.

Одним із самих складних завдань в тонзилярній проблемі є вибір ефективного лікування хворих на рекурентний тонзиліт. В цьому плані самим важливим моментом є стратегічне питання: як лікувати хворого – консервативно чи хірургічно?

Вибір стратегії лікування хворих на рецидивуючий тонзиліт завжди був суб'єктивним і