

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

*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 послідуочим 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