

**VII UKRAINIAN-POLISH CONGRESS  
“INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN  
OTORHINOLARYNGOLOGY”**

April 25–26, 2025

---

**VII УКРАЇНСЬКО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС  
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ  
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

25–26 квітня 2025 року



## CLINICAL DEVELOPMENT OF AC102 FOR THE TREATMENT OF SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS (SSNHL)

*S.K. Plonkte, Y. Dieieva, C. Galetzka, A. Meis, R. Schlingensiepen*

*AudioCure Pharma GmbH*

*Department of Otorhinolaryngology*

*Bogomolets National Medical University*

**Introduction:** Sudden sensorineural hearing loss (SSNHL) represents a significant unmet medical need with no approved treatments currently available. Despite widespread use of corticosteroids as recommended by clinical guidelines, there remains a critical absence of robust scientific evidence supporting their therapeutic benefit for patients suffering from hearing loss. AC102, a novel chemical entity, has demonstrated remarkable efficacy in preclinical hearing loss models, significantly outperforming conventional corticosteroid therapies.

Preclinical investigations have revealed AC102's exceptional ability to penetrate and affect all anatomical regions of the cochlea, including the notably difficult-to-reach cochlear apex, following a single intratympanic injection. This comprehensive cochlear distribution represents a significant advancement in potential treatment modalities. The safety profile and therapeutic efficacy of AC102 are currently under investigation in patients diagnosed with idiopathic SSNHL, potentially offering a groundbreaking treatment option for this debilitating condition.

**Methods:** A comprehensive clinical development program for AC102 has been implemented. In a Phase 1 study, the safety and tolerability of a single intratympanic (i.t.) injection of AC102 was rigorously evaluated in 40 healthy volunteers using multiple auditory and vestibular assessment protocols. Following promising Phase 1 results, a multicenter, randomized, blinded Phase 2 study was initiated to investigate the comparative efficacy of AC102 against the current standard of care, oral prednisolone (administered at 60mg/day for 14 days), in 210 patients with confirmed idiopathic SSNHL.

This pivotal study is being conducted across approximately 40 specialized clinical sites throughout Europe, including 5 dedicated research centers in Ukraine. The trial employs a comprehensive assessment protocol, examining multiple clinical endpoints including improvements in pure-tone hearing thresholds, speech recognition scores, tinnitus severity, vestibular symptoms (vertigo), and patient-reported quality of life measures over an extended 84-day evaluation period.

**Results:** In the completed Phase I study, AC102 demonstrated an excellent safety profile with no adverse effects observed on general health parameters, hearing function, or vestibular system integrity in healthy volunteers. Multiple assessment methodologies were employed, including pure tone audiometry (PTA), otoacoustic emissions (OAE), brainstem evoked response audiometry (BERA), and video head impulse testing (vHIT). Interestingly, a transient conductive hearing loss was documented, suggesting that the specialized formulation successfully remains in the middle ear cavity for several hours, facilitating sustained release of the active compound.

Regular blinded data reviews of the ongoing Phase 2 study conducted by an independent Data Safety Monitoring Board (DSMB) have confirmed that both treatment regimens are well-tolerated in the SSNHL patient population enrolled to date, with no significant safety concerns identified. The trial continues to progress according to the established protocol with full efficacy results anticipated upon study completion.

**Discussion:** AC102 represents a pioneering therapeutic approach, being the only novel pharmaceutical compound worldwide currently undergoing clinical evaluation in patients with acute idiopathic SSNHL. Following the demonstration of excellent tolerability in healthy volunteers during Phase 1 investigations, the ongoing Phase 2 study aims to determine whether the remarkable efficacy observed in preclinical models translates to clinically meaningful benefits in human subjects. This research initiative marks a significant advancement toward developing the first evidence-based treatment for SSNHL, potentially transforming the standard of care for this condition.

Furthermore, extensive preclinical investigations have revealed AC102's broader therapeutic potential across various inner ear pathologies, including tinnitus and cochlear implant insertion trauma. These encouraging results underscore the considerable importance of continuing the clinical development program for AC102, which may ultimately provide effective treatment options for multiple otological conditions with significant unmet medical needs. The successful development of AC102 could represent a paradigm shift in the management of inner ear disorders, which have historically proven challenging to treat effectively.

**Key words:** sensorineural hearing loss, investigations, inner ear.

## ОБСТРУКТИВНЕ АПНОЕ СНУ У ДІТЕЙ. КРІОЛІКУВАННЯ

*Андрєєв О.В., Богданов К.Г., Тагунова І.К., Богданов В.К.*

*Завідувач кафедри оториноларингології: д.мед.н., професор Пухлік С.М.*

*Одеський національний медичний університет*

*Одеса, Україна*

**Вступ:** До теперішнього часу не вирішена та залишається актуальною проблема консервативного лікування гіпертрофії глоткового мигдалика, запалення лімфоїдної тканини (ЛТ) носоглотки. Безліч методів терапії, що застосовуються недостатньо ефективні. Методи хірургічного лікування призводять до звільнення носоглотки від надлишкової (ЛТ), проте не завершують запальний процес у тканинах цієї області, що призводить до компенсаторної відповіді організму – гіпертрофії язикового мигдалика, піднебінних мигдаликів, що супроводжується нічним апное, застійними явищами в носоглотці, дефектами слухового і мовленнєвого апарату, мозковому розладу через зменшення притоку кисню. Останнім часом альтернативою традиційній аденотомії стають методи із застосуванням високих температур з ефектом коагуляції, вапоризації. Однак таке втручання може призвести до надмірного рубцювання тканин носоглотки. Застосування наднизьких температур – кріотерапія, заснована на явищі нітрифікації чи кристалізації води усередині клітин міжклітинних просторів, що призводить до загибелі клітин. Після відтавання клітина може зберігати колишню форму, але її цитоплазма та інші елементи внутрішньої структури руйнуються. При кріодеструкції спостерігається перифокальне запалення з мінімальним розвитком рубцевої тканини.

**Метою** роботи була оцінка ефективності застосування кріозрошення рідкого азоту у хворих на гіпертрофію глоткового мигдалика та порушення фонематичного сприйняття.

**Матеріали і методи:** Під наглядом перебували 28 пацієнтів віком з 3 до 8 років (18 хлопчиків, 10 дівчаток), які страждають на обструкцію верхніх дихальних шляхів, симптоми порушення дихання у вісні, часті запальні захворювання респіраторного тракту, порушення фонематичного сприйняття. Діагноз ставився на підставі збору анамнезу, фізичного, інструментального огляду, обстеження слуху. Лікування здійснювалося шляхом зрошення парами і крапельками рідкого азоту, імпульсами 3-5 секунд, з інтервалом – 5 секунд, до 4 імпульсів поспіль. Лікування повторювали через 1 тиждень. Усього 4-5 курсів.

**Результати:** Рідкий азот використовували як низькотемпературний носій. Проводилося кріозрошення загальних носових ходів, переважно задніх відділів, носоглотки. Період після процедури проходив без погіршення загального стану дітей. Спостереження за пацієнтами здійснювалося протягом щонайменше 1 року. Терапевтичні результати та час, за який вони були досягнуті, порівнювалися з анамнестичними даними, історіями хвороб, суб'єктивними симптомами. Після проведеного лікування стан у всій групі, що спостерігалася, значно покращився. Число рецидивів запальних захворювань поменшало з 6-8 до 2-3 випадків протягом року. Кріозрошення надає стерилізуючий ефект – позитивно впливає на мікробне обсіменіння носоглотки, зміщує профіль мікроорганізмів, що висіваються у бік сапрофітів, і зменшує кількість колонієутворюючих елементів. Уже після першого курсу зменшується об'єм ЛТ носоглотки, що призвело до покращення носового дихання і слуха, скорочення числа нападів апное увісні та хропіння, покращилися результати логопедичного навчання, поведінки, соціалізації. Поліпилися й показники під час обстеження супутньої патології.

**Висновки:** Метод кріозрошення гіпертрофованої лімфоїдної тканини носоглотки може бути застосований як імуномодулююче фізіотерапевтичне оздоровлення верхніх дихальних шляхів, що зменшує запальні явища, покращує носове дихання, знижує порушення дихання увісні, що покращує загальний стан пацієнтів, якість життя дітей.

**Ключові слова:** гіпертрофія лімфоїдної тканини носоглотки, обструктивне апное сну, кріотерапія, дитячий вік.

**ВПЛИВ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ  
З БІОМАСИ МАКРОМІЦЕТІВ ТРУТОВИКА  
(GANODERMA LUCIDUM ТА GANODERMA APPALANATUM)  
НА ЕКСПРЕСІЮ МОЛЕКУЛЯРНИХ МАРКЕРІВ (CD 25<sup>+</sup> ТА CD 95<sup>+</sup>)  
НА ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ  
НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ**

*Богданов В.К., Богданов К.Г., Андрєєв О. В., Тагунова І. К.*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Пухлік С. М.*

*Кафедра Оториноларингології Одеського Національного медичного університету*

*Одеський національний медичний університет*

*м. Одеса, Україна*

**Вступ:** Сьогодні в усьому світі, в тому числі і в Україні спостерігається безперервне зростання захворюваності на цілорічний алергічний риніт (ЦАР). Основу лікувальної стратегії у таких хворих становить базисна терапія – антигістамінні препарати та топічні глюкокортикостероїди. Вирішальне значення для розробки нових сучасних методів лікування ЦАР є розуміння патофізіологічних та імунологічних шляхів розвитку цієї хвороби. Включення до складу базисної терапії біомаси макроміцетів Трутовика (*Ganoderma lucidum* та *Ganoderma appalanatum*), що містять біологічно активні речовини, сприяє активному виведенню токсичних продуктів з організму і поліпшенню самопочуття пацієнтів.

**Мета:** Метою роботи була оцінка зміни деяких факторів імунної відповіді, а саме експресії молекулярних маркерів CD 25<sup>+</sup> (маркер активації ІІ-2) та CD 95<sup>+</sup> (маркер апоптозу) на лімфоцитах периферичної крові хворих на ЦАР під впливом препарату біомаси макроміцетів Трутовика (*Ganoderma lucidum* та *Ganoderma appalanatum*). Дослідження було проведене імуноцитохімічним методом за допомогою моноклональних антитіл та імунофлюорисцентної мікроскопії. Статистична обробка була проведена за допомогою статистичного пакету Statistica 8.0.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 40 хворих на ЦАР – 15 (37,5%) чоловіків та 25 (62,5%) жінок. Середній вік хворих склав 37,6±14,3. Пацієнти були розподілені на дві групи – пацієнти першої групи отримували базисну терапію (перорально по 1 таблетці (10 мг) лоратадину + Назонекс по 2 впорскування (по 50 мкг кожне) у кожен ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза 200 мкг)). Пацієнти другої групи отримували базисну терапію + макроміцети Трутовика (Астмаган) по 1 капсулі 2 рази на добу. Курс лікування становив 90 діб. Контрольну групу становили 25 здорових осіб.

**Результати:** Проведені дослідження засвідчили, що експресія молекулярних маркерів CD 25<sup>+</sup> та CD 95<sup>+</sup> на лімфоцитах периферичної крові у хворих на цілодобовий алергічний риніт у двох групах дослідження була статистично значуще вищою, ніж у контрольній групі здорових донорів. Так в контрольній групі здорових осіб рівень CD 25<sup>+</sup> становив 20,3±2,4 %, у хворих ЦАР до лікування – 28,4±2,1%. У хворих, що отримували базисну терапію + Астмаган, кількість CD 25<sup>+</sup> статистично значуще знизилась до рівня норми (21,1±1,9%; p=0,001). Вміст CD 95<sup>+</sup> в контрольній групі був рівним 18,7±1,8 %, у хворих ЦАР до лікування – 27,6±2,4%. У хворих, що отримували базисну терапію + Астмаган, кількість CD 95<sup>+</sup> статистично значуще знизилась до рівня норми (19,4±2,5%; p=0,001).

**Висновки:** Таким чином нами було встановлено, що включення до базисної терапії хворих на ЦАР макроміцетів Трутовика сприяє статистично значущому зниженню рівня експресії молекулярних маркерів CD 25<sup>+</sup> (маркер активації ІІ-2) та CD 95<sup>+</sup> (маркер апоптозу). Оскільки ЦАР належить до імунозначущих захворювань і за соціальною значущістю посідають одне з перших місць серед ЛОР-захворювань, дуже важливою є можливість застосування нових імуномодуляторів при лікуванні хворих на ЦАР.

**Ключові слова:** Алергічний риніт, *Ganoderma lucidum*, *Ganoderma appalanatum*, CD 25<sup>+</sup>, CD 95<sup>+</sup>.

## ПРОБЛЕМИ ДЕФІЦИТУ ТКАНИН ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ СКЛАДНИХ КРАНІОФАЦІАЛЬНИХ ДЕФЕКТІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Діхтярук О.В., Коновалов С.Е*

*Кафедра оториноларингології*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*КНП «Свято-Михайлівська клінічна лікарня м. Києва»*

*м.Київ, Україна*

**Актуальність:** З початком повномасштабної війни в Україні значно зросла кількість пацієнтів із бойовими травмами обличчя та черепа. Краніофасціальні ушкодження у військових часто супроводжуються значним дефіцитом тканин, що створює серйозні проблеми при проведенні реконструктивно-відновних втручань даних ділянок. Особливої складності набуває проблема заміщення дефектів тканин середньої зони обличчя.

**Мета:** Проаналізувати структуру хірургічної допомоги військовослужбовцям із краніофасціальними дефектами та виявити основні проблеми, пов'язані з тканинним дефіцитом під час реконструктивних втручань.

**Методи дослідження:** Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 234 хворих, які постраждали внаслідок вибухової травми та отримали пошкодження ЛОР-органів, що потребували хірургічного або стаціонарного лікування, яким надавалась ЛОР-допомога у відділенні отоларингології для дорослих та дітей КНП «Свято-Михайлівська клінічна лікарня в м. Києві» в період з середини вересня 2024 року по кінець квітня 2025 року.

**Результати:** Серед наведеної вибірки частина пацієнтів не потребувала проведення ЛОР-хірургії, оскільки такі хворі були або попередньо прооперовані на різних етапах евакуації, або мали супутні ураження інших органів/систем, що поєднувались із акутравмою внутрішнього вуха. Всього таких пацієнтів було 58 (24,7%). Всі інші пацієнти потребували різної складності хірургічних втручань ділянки органів голови та шиї. Відтак у 176 випадках був наявний синдром взаємного обтяження, у зв'язку з чим ці пацієнти потребували хірургічного лікування. З них 51,7% (91 хворий) були прооперовані з приводу порушення цілісності барабанної перетинки, 34,65% (61 хворий) – ринохірургія, 7,38% (13 хворих) – реконструкція складних сполучнотканинних та кісткових дефектів ЛОР-органів.

З нашого досвіду, найбільш складними для виконання виявились реконструкції із закриття кісткових дефектів краніофасціальної ділянки, що вимагали індивідуального виготовлення трансплантатів, часто – з використанням аутоотрансплантатів, іноді – синтетичних матеріалів, з попереднім проведенням 3D моделювання черепа та виготовлення імплантата. Також, слід відзначити проблематику хірургічних втручань з приводу видалення металевих уламків з носових синусів трансназально, або комбінованими доступами, що часто обумовлено специфікою розташування уламків, їх формою та розмірами, впливала на вибір хірургічної тактики лікування. Основними проблемами складних дефектів були: обмеженість донорських ділянок у пацієнтів із множинними травмами, високий ризик некрозу внаслідок недостатньої васкуляризації тканинних клаптів, особливо при великих дефектах, необхідність багатоетапного підходу.

**Висновки:** Мінно-вибухові травми – це складні бойові травми, що вимагають швидкої діагностики та комплексного підходу до лікування.

Сучасні методи симультантної хірургії дозволяють ефективно лікувати такі поранення та забезпечувати реабілітацію пацієнтів, однак успішність лікування залежить від багатьох факторів: своєчасності надання допомоги, кваліфікації медичних працівників та наявності необхідних ресурсів.

Індивідуальний підхід до постраждалих від мінно-вибухових поранень та 3D моделювання імплантів, дають значно вищі шанси на повноцінне відновлення і повернення до нормального життя поранених військовослужбовців.

**Ключові слова:** краніофасціальні дефекти, військові травми, дефіцит тканин, реконструкція, ЛОР-хірургія.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГІПЕРТРОФІЄЮ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ ТА ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ

*Косаковський А.Л., Косаківська І.А.*

**Вступ:** При використанні традиційних хірургічних методик лікування дітей з гіпертрофією піднебінних мигдаликів та хронічним тонзилітом нерідко має місце інтраопераційна крововтрата та післяопераційна кровотеча, а також рецидиви захворювання.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності хірургічного лікування дітей з гіпертрофією піднебінних мигдаликів та хронічним тонзилітом.

**Матеріал і методи:** Вивчали вплив високочастотного (ВЧС) на бактеріальну флору при частоті 66 та 440 кГц та на мікрофлору піднебінних мигдаликів при хронічному тонзиліті (*in vitro*) та при гіпертрофії піднебінних мигдаликів (*in vivo*).

Під спостереженням перебувало 176 пацієнтів з хронічним тонзилітом (ХТ) та 47 з гіпертрофією піднебінних мигдаликів (ГПМ). У дітей з ГПМ до 3-х років методом вибору була тонзилотомія з видаленням лімфоїдної тканини в області нижнього полюса та видалення окремих гіпертрофованих ділянок біполярними інструментами або внутрішньотканинна електрозварювальна технологія (ВЕТ). Після 3-х років при ГПМ II ступеня використовували ВЕТ, а при ГПМ III ступеня виконували тонзилопластику з використанням електрозварювальної технології. Тонзилектомію проводили з використанням ВЧС.

**Отримані результати та обговорення:** При внутрішньотканинному проварюванні піднебінних мигдаликів (ПМ) *in vitro* та *in vivo* має місце бактерицидна та бактериостатична дія ВЧС. Під впливом ВЧС відбувається ефективна ерадикація патогенної та умовно-патогенної мікрофлори у дітей із ГПМ та ХТ, причому ерадикація патогенної та умовно-патогенної мікрофлори є ефективною як на поверхні, так і в середині ПМ.

Застосування ВЕТ при ГПМ дозволило операцію провести безкровно за 2-3 хвилини. Через 3 тижні ПМ зменшувались до I ступеня та зберігали свою структуру. При виконанні ТЕ при ХТ з використанням ВЧС тривалість операції була у 2,3 рази меншою в порівнянні з традиційною методикою, кровотеча зменшувалась у 69,1 разу, вторинної кровотечі не спостерігали.

**Висновки:** Застосування електрозварювання біологічних тканин при запропонованих оперативних втручаннях на лімфоглотковому кільці із застосуванням розроблених біполярних електроінструментів дозволяє значно зменшити крововтрату, скоротити час хірургічних втручань та підвищити їх ефективність.

**Ключові слова:** діти, гіпертрофією піднебінних мигдаликів, хронічний тонзиліт, лікування, електрозварювальна технологія.

## ЩОДО ПИТАННЯ СТОРОННІХ ТІЛ ПОРОЖНИНИ НОСУ

*Лутир А.В., Яценко М.І., Дзиза А.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри д.мед.н., проф. Лутир А.В.*

*Харківський національний медичний університет*

*Харків, Україна*

**Вступ:** проблема діагностики і лікування захворювань носа та навколоносових пазух (ННП) залишається актуальною, що обумовлено їх високою питомою вагою в структурі захворюваності на загальну ЛОР патологію, втратою працездатності, розвитком ускладнень, які можуть бути небезпечними для життя. У клінічній практиці нерідко утруднення діагностики обумовлено одночасно, і спільністю симптомів, і проявами їх нетиповості, а у багатьох випадках має місце латентний характер перебігу патологічного процесу, що потребує ретельного диференційного, індивідуального підходу та лікарської інтуїції.

**Матеріали і методи:** у цьому плані заслуговує уваги питання діагностично-лікувальної тактики у пацієнтів на сторонні тіла порожнини носа, особливо стосовно тих, які на довгий час залишаються в ній (15-80 років), і

можуть стати причиною утворення носового каменю з кальцинованої маси носового секрету – риноліту. За даними статистики риноліти зустрічаються 1:10000 населення серед амбулаторних оториноларингологічних хворих. До сприятливих факторів їх виникнення відносяться: місцева запальна реакція, зміна рН носового секрету, дисфункція мукоциліарної системи. Малі розміри риноліту клінічних проявів не викликають, симптоматика носить неспецифічний характер, також можуть зустрічатися офтальмологічні форми і, навіть, нейропсихічні розлади. Диференційний діагноз у подібних випадках необхідно проводити з поліпозним риносинуситом з кальцинозом, пухлинами, інфекційними гранульомами, глистяними інвазіями. Ускладненнями вважаються дистрофічні та атрофічні процеси слизової оболонки порожнини носу, назофаренгіальні нориці, дакриоцистит, епідуральний абсцес.

**Опис:** клінічне спостереження в ЛОР клініці ХНМУ: Хвора Н., 48 років, звернулася зі скаргами на утруднення носового дихання зправа, слизово-гнійні виділення з правої половини носу, сльозотечу із правого ока, постійний головний біль розлитого характеру. Вищевказані скарги виникли близько п'яти років тому. Утруднене носове дихання відмічає з раннього дитинства. Медичної допомоги раніше не отримувала. При об'єктивному обстеженні: зовнішній огляд видимих патологічних змін не виявив. Риноендоскопія: слизова порожнини носу з обох боків рожева, носова переділка по середній лінії, зліва носове дихання в повному об'ємі, носові ходи вільні; зправа – у загальному носовому ході візуалізовано утворення рожевого кольору, округлої форми, з гладкими краями на 1/3 обтурує загальний носовий хід; нерухоме, кам'янистої щільності, при доторкуванні безболісне і не кровоточить. Рентгенологічний діагноз за даними спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) носу і ННП: стороннє тіло правої половини порожнини носу. Хвора консультована окулістом, невропатологом, стоматологом. Діагноз: Стороннє тіло порожнини носу зправа. Хронічний правосторонній дакриоцистит. Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу.

Під контролем оптичної ендоскопії після попередньої премедикації і під місцевою аплікаційною та інфільтраційною анестезією проведено оперативне втручання – видалення стороннього тіла порожнини носу зправа. Операція пройшла без ускладнень. У післяопераційному періоді призначена протизапальна, дегідратаційна, знеболювальна терапія. Ендоназальне введення судинозвужувальних крапель та мазі у порожнину носа. Носове дихання відновлено, головний біль відсутній, сльозотеча припинилась. Результати гістологічного дослідження: у препараті виявлені структурні утворення бурого та сірого кольору у вигляді кристалів маси щільної консистенції. На розрізі: ядро – крихка кісточка вишні. Пацієнтка виписана додому у задовільному стані на п'яту добу під нагляд оториноларинголога за місцем проживання. Діагноз: стороннє тіло носової порожнини зправа (риноліт). Контрольний огляд проведено через 1 та 3 місяці – скарг не пред'являє, носове дихання відновлено у повному обсязі. При оптичній риноендоскопії патологічних змін ЛОР органів не виявлено.

**Висновки:** діагностично-лікувальна тактика при сторонніх тілах носу потребує комплексного індивідуального підходу із використанням інноваційних методів доказової медицини, що є базовим у диференційній діагностиці захворювань ЛОР органів.

**Ключові слова:** захворювання носу і навколоносових пазух, сторонні тіла носу, риноліти, СКТ, оптична риноендоскопія, диференційна діагностика.

## ПОЛІКІСТОЗНЕ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА ЯК ПРОЯВ ГРИБКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

*Полапа П.В., Решетняк І.С.*

*Науковий керівник: к. мед. н. Безега М.І.*

*Кафедра оториноларингології з офтальмологією*

*Зав. Кафедри к. мед. н. Безега М.І.*

*Полтавський державний медичний університет*

*Полтава, Україна*

**Актуальність:** Надання допомоги пацієнтам з хронічними та гострими риносинуситам є буденною справою для отоларинголога.

Основними факторами, що можуть створювати спрятливі умови для запальних змін слизової оболонки приносних пазух прийнято вважати ураження остіомеатального комплексу та/або мукоциліарного кліренсу, гіпоventиляція синусів. Дані фактори створюють комфортні умови для розвитку бактеріальної та грибової флори.

Кістозні зміни слизової оболонки є ознакою хронічного запалення. За статистикою такі зміни виявляються у 4-8% пацієнтів з отоларингологічною патологією, але якщо розглядати їх серед пацієнтів із хронічними запалення придаткових пазух частота зростає до 16%.

За даним літератури, факторами що сприяють проростанню грибкових спор вважають: неконтрольоване вживання антибіотиків, ендодонтичне лікування зубів(молярів) на верхній щелепі, тривале та неконтрольоване використання стероїдних препаратів (як системних, так і місцевих), алергічні захворювання та деякі побутові фактори.

Ми помітили, що під час хірургічного лікування пацієнтів з гіперпластичними змінами слизової оболонки максиллярного синуса відмічається зростання кількості випадків з полікістозними змінами слизової. Такі випадки нас зацікавили в причинах розвитку та особливостях лікування.

**Мета роботи:** з'ясувати зв'язок мікробного агенту та полікістозних змін слизової оболонки максиллярного синуса, виявити особливості гістологічної структури полікістозних змін слизової оболонки верхньощелепного синуса.

**Матеріали та методи:** бази для дослідження: ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні та ЛДЦ «ПК «Безега І К».

У дослідженні прийняли участь 68 пацієнтів з полікістозними змінами верхньощелепного синуса та які надали згоду на участь у дослідженні. Пацієнтів поділено на 2 групи: 1 група (34 пацієнти) – лікування згідно протоколу, 2 група (34 пацієнти) – лікування згідно протоколу з загальною протигрибковою терапією на 14 днів та введенням в синус р-ну мірамістину.

Критеріями виключення з дослідження були: аутоімунні захворювання, онкологічні захворювання, метаболічними порушеннями (субкомпенсований та декомпенсований цукровий діабет), імуносупресивні стани, алергічні або токсичні реакції на один із використовуваних медикаментозних засобів, відмова від подальшого проходження дослідження на будь-якому з його етапів.

Оперативні втручання проводились згідно загальновизнаної FESS хірургії.

Забір матеріалу виконуються під час хірургічного втручання.

Вміст кісти аспірується, поділяється на дві порції. Перша порція вноситься в пробірку з середовищем Amies, друга в пробірку з поживним бульйоном Сабуро та транспортується в бактеріологічну лабораторію для подальшого культивування. Оболонка кісти занурюється в ємність з формаліном та досліджується в науково-дослідній лабораторії.

**Результати:** Після оперативного втручання проводиться оцінка стану слизової оболонки верхньощелепного синуса та отриманих дані культурального й гістологічного досліджень.

Грибовий ріст було виявлено у 33 (48.5%) випадках. Серед них у 23 випадках (33.8%) гриби роду *Penicillium*, а 10 випадках (14.7%) гриби *Aspergillus*. 35 випадків (51.5%) показали відсутність грибкового росту. Бактерій під час дослідження не виявлено.

Результати гістологічного дослідження вказують про хронічне запалення. Візуалізуються дрібні стільникові дефекти у власній пластинці. Спостерігаються лейкоцити, переважно макрофаги та лімфоцити. Місцями кісти великого розміру з оксифільним вмістом. Стінка гемомікроциркуляторного русла потоншена, судини розширені. Лімфоцити в епітеліальному шарі у значній кількості.

1 група пацієнтів лікувалась згідно протоколу, 2 група згідно протоколу з загальною протигрибковою терапією на 14 днів та введенням в синус р-ну мірамістину 1 раз на добу протягом 7 днів.

У пацієнтів 2 групи відмічалось більш швидке заживлення, набряк в післяопераційному періоді був менший, а відновлення мукоциліарного кліренсу швидше. У 1 пацієнта з першої групи на 14 добу після оперативного втручання виник грибковий риносинусит.

Оцінка стану слизової оболонки проводилась кожен тиждень протягом першого місяця після виписки, потім кожні 2 місяці протягом року. За час спостереження даних за рецидив полікістозних змін в ранньому та пізньому післяопераційному періодах не виявлено.

**Висновки:** Отримані дані дозволяють пов'язати полікістозні зміни слизової оболонки верхньощелепного синуса з грибовою флорою. Наявність полікістозних змін слизової оболонки потребує використання в післяопераційному періоді антисептиків з протигрибковою дією місцево та протигрибкових препаратів у загальній терапії. Полікістозні зміни слизової оболонки потрібно розглядати як прояв хронічних змін слизової оболонки синуса.

**Ключові слова:** хронічний максиліт, полікістоз приносних синусів, ендоскопічна синусохірургія, грибковий максиліт, FESS

## АЛЕРГІЧНИЙ ТА ПСЕВДОАЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ

*Пухлік С.М.*

*Одеський національний медичний університет*

*м.Одеса, Україна*

**Актуальність:** патогенез АР-класичний приклад алергічної реакції, опосередкованого IgE, першого типу. Основними учасниками алергічного запалення в слизовій оболонці носа є еозинофіли, лімфоцити, а також базофіли, дендритні та ендотеліальні клітини. Участь цих клітин визначає ранні, а потім пізні фази алергічної реакції. Дегенерація цих клітин призводить до вивільнення медіаторів запалення в міжклітинний простір, викликає добре відомі симптоми риніту – відчуття свербіжу в носі, чханням та ринореї та порушення носового дихання.

Огляд сучасних рекомендацій: незалежно від тяжкості алергічного риніту, всі пацієнти показують системні антигістамінні препарати (блокатори H1-гістамінових рецепторів). Поширене використання антигістамінних препаратів як антиалергічних препаратів пояснюється найважливішою роллю гістаміну в патогенезі більшості симптомів алергічних захворювань.

Псевдоаллергія – це патологічний процес, ідентичний з клінічної точки зору алергічної реакції 1-го типу, але причини яких відрізняються від справжньої алергії. Алергоїдні реакції можуть спровокувати неімунологічні тригери, які викликають дегенерацію тучних клітин та базофілів. Або провідник алергічної реакції гістаміну виникає негайно, і тоді все вже відбувається, як і у реальній алергії, тому насправді важко їх розрізнити, тим більше, що антигістамінні препарати допомагають в обох випадках. Основним симптомом є, звичайно, вивільнення гістаміну в організм. Іноді різке охолодження або яскраве сонце викликає викид гістаміну. Досить важко відрізнити псевдоалергію від сьогодення, оскільки ці реакції проходять майже однаково. Щоб відрізнити один від іншого, вони проводять аналіз рівня IgE: у випадку псевдоалергії він не збільшується, і з справжньою алергією – так. Також для визначення природи алергічної реакції роблять цитологічні мазки тощо.

У колекції проявів псевдоаллергії є ще одна особливість- вікові рамки. Справжня алергія, як правило, виникає в ранньому віці і залишається з людиною на все життя. Сформувавшись, антиген ніколи не буде «мовчати» у відповідь на алерген. Але псевдоалергія зазвичай пов'язана зі змінами в організмі. Ризики у людей в віці 35–40 років і вище – активність яєчників зменшується, має значення погане функціонування печінки та інших метаболічних особливостей. У людей старше 50 років, визначається недостатньо функціонування різних систем органів та пов'язаних з ними захворювань. Наприклад, проблеми з щитовидною залозою або розладом шлунково-кишкового тракту. Тому слід звернути увагу на вік людини, коли прояви "алергії" почалися вперше. При легкій формі псевдоалергії допоможуть антигістаміни – таблетки або краплі в ніс чи в очі. Іноді достатньо вживання 1 таблетки препарату для полегшення симптомів. Тип препарату вибирається лікарем відповідно до симптомів.

Сьогодні в Україні існує єдиний клінічний протокол для алергічного риніту (2017), згідно з яким первинний лікар медичної допомоги (сімейний лікар, педіатр) діагностує на основі скарг пацієнта, збирання анамнезу та зовнішнього обстеження пацієнта. Якщо лікар підозрює присутність АР, він повинен призначити сучасні антигістамінні препарати 2-го покоління. Якщо отримується позитивний клінічний ефект, то в майбутньому сімейний лікар відправляє пацієнта до алергиста, а якщо не отримано, то до оториноларинголога. Таким чином, прийом антигістамінів у цьому випадку також може служити діагностичним критерієм. Міжнародні клінічні рекомендації щодо АР вважають, що "клініцисти повинні рекомендувати пацієнтам із носовими симптомами, такими як свербіж та ринорею антигістамінні препарати 2-го покоління". Я підкреслив фразу – носові симптоми, де належним чином підкреслюється, що не тільки алергічний риніт з його характерними симптомами, але й з подібними симптомами, коли позитивний результат слід очікувати, якщо пацієнт прийме антигістаміни. Тобто завдання первинної ланки призначати за характерними симптомами антигістамінову терапію, а в майбутньому алерголог повинен проводити диференціальну діагностику. Це важливо при проведенні АСІТ, яка буде високо ефективною лише у пацієнтів зі справжнім АЗ та марною при псевдоалергії.

### **Висновки:**

1. Алергічний риніт є найпоширенішим серед різних форм хронічного риніту. У той же час, інші подібні захворювання- псевдоалергія можуть «ховатися» за цим діагнозом.
2. Розуміння різних механізмів розвитку певних форм алергії та псевдоалергії повинно знаходитися в арсеналі лікарів, насамперед отоларингологів та алергологів.
3. Правильна оцінка імунного та неімунного механізму носових симптомів є важливим при виборі пацієнтів для АСІТ.

**Ключові слова:** алергічний риніт, псевдоалергія, антигістамінні препарати.

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОБРОЯКІСНОГО ПОЗИЦІЙНОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ЗАПАМОРОЧЕННЯ

*Пухлік С.М., Титаренко О.В., Євчев Ф.Д., Лісовецька В.С.*

*Одеський національний медичний університет*

*Одеса, Україна*

**Вступ:** В умовах військових дій нашої країни значно почастишав діагноз доброякісного пароксизмального позиційного запаморочення (ДППЗ), що пояснюється об'єктивними причинами травмування голови та внутрішнього вуха внаслідок механічних, акубаротравм. Цей діагноз передбачається у разі виникнення короткочасних епізодів запаморочення, які провокуються зміною становища голови та зумовлені попаданням отоконій до одного з півколових каналів. Разом з тим, за наявності реальної статистики почастишання цього захворювання, зазначається гіпердіагностика ДППЗ, що потребує ретельної диференціації уражень вестибулярного апарату.

Нами з 2024 року було обстежено 36 осіб із попереднім діагнозом ДППЗ, а підтвердження його виявлено лише у 19 випадках. У решти 17 пацієнтів виявлені інші види патології, які також проявлятимуться різними симптомами, включаючи запаморочення та порушення рівноваги, появою ністагму. До них належав вестибулярний нейроніт (6 осіб), який крім сильного постійного запаморочення, нудоти, блювання супроводжувався певним ступенем порушення слуху за сенсоневральним типом. У 2 осіб з епізодичним запамороченням, шумом у вухах, відчуттям закладеності у вусі та флуктуації втрати слуху ми діагностували хворобу Мен'єра. Транзиторна ішемічна атака у вертебробазиллярному басейні виявлена у 7 пацієнтів та супроводжувалася раптовим початком запаморочення, що часто супроводжується іншими неврологічними симптомами. Аналогічні скарги були у 2 пацієнтів на тлі аномалії Арнольда-Кіарі, які, крім усього, супроводжувалися появою головного та шийного болю.

У типових випадках ДППЗ (6 пацієнтів) не виникало діагностичних складнощів, оскільки ністагм мав сувору специфічність під час проведення позиційних тестів, а захворювання – чіткі діагностичні ознаки. Однак у 13 пацієнтів необхідно було проводити ретельну диференціальну діагностику, оскільки ДППЗ супроводжувалося супутньою патологією, такою як акубаротравма (6 осіб), причому у 3 – з розривом барабанної перетинки, посттравматичний стресовий розлад, вестибулярна пароксизмія, ортостатична гіпотензія (4 пацієнта). У даних хворих перед проведенням діагностичних маневрів необхідно було провести дообстеження, а іноді консервативне та оперативне лікування – інфузійну терапію, пластичне закриття дефекту перетинки.

Діагностика ДППЗ ґрунтувалася на виявленні провокуючих факторів, аудіометричному дослідженні, імпедансометрії, характерному ністагмі, що викликається діагностичними маневрами (проба Дікса-Холпайка, Pagnini-McClure). За наявності супутньої патології пацієнтам виконувалось КТГ або МРТ головного мозку, шийного відділу хребта, доплерографія судин цих анатомічних утворень. Основними диференціально-діагностичними критеріями запаморочення центрального та периферичного генезу служила поява або посилення його за будь-яких змін положення голови. У типових випадках ДППЗ не виникає діагностичних складностей, так як ністагм мав строгу специфічність при проведенні позиційних тестів, а захворювання – чіткі діагностичні ознаки: короткочасний напад ністагму при ДППЗ пробах, напрямок якого залежав від ураженого півколового каналу, його скорочення при повторних лікувальних маневрах, зникнення запаморочення та ністагму після лікувальних репозиційних маневрів. На відміну від ДППЗ при центральному ністагмі відсутній латентний період і виснаження при повторних пробах. При вертебрально асоційованому запамороченні також виникає горизонтально-ротаторний ністагм, дуже схожий на такий при ДППЗ, який посилювався або з'являвся при нахилах голови, проте у цих пацієнтів запаморочення мало більш тривалий характер, супроводжувалося вираженим головним або хребетним болем.

При ДППЗ, перш ніж виконувати діагностичні проби або лікувальні маневри, необхідно провести ретельне обстеження хворого для виключення захворювань, при яких ці заходи протипоказані: травма шийного відділу хребта, нестабільність атланта-аксіального зчленування, синдром Арнольда-Кіарі, шийна мієлопатія тощо. Якщо позиційний ністагм і запаморочення не укладаються в очікувані при виконанні позиційних тестів параметри та захворювання не піддається лікуванню за допомогою позиційних маневрів, слід призначити додаткові методи обстеження (МРТ головного мозку та шиї).

**Ключові слова:** доброякісне позиційне пароксизмальне запаморочення, ністагм, діагностика, позиційні тести.

## ОЦІНКА СТАНУ НОСОВОГО ДИХАННЯ У ШКОЛЯРІВ ЗГІДНО ДАНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ

*Москалик О.Є., Тинітовська О.І., Крук М.М., Бариляк А.Ю., Чорній О.В., Кіцера О.О.*

*Завідувач кафедри оториноларингології, к.мед.н., доцент Москалик О.Є.*

*Кафедра оториноларингології, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»*

*м. Львів, Україна*

**Вступ:** здоров'я та розвиток дітей є одним із найважливіших завдань не тільки батьків, а й усього суспільства, тому необхідним є спостереження та щорічні медико-профілактичні огляди, задля формування, збереження і зміцнення здоров'я дітей та профілактики хвороб. Носове дихання є важливою умовою гарного самопочуття, фізичного здоров'я, відпочинку та сну. Носова порожнина виконує такі важливі функції як дихальна, захисна, нюхова та резонаторна, тому потрібно своєчасно виявляти причини утрудненого носового дихання та вживати заходів щодо їх усунення, адже у дитячому віці вони можуть привести до деформації лицевого скелету, порушення прикусу, формування неправильного розташування язика, порушення прорізування постійних зубів.

Своєчасна діагностика та профілактика порушень носового дихання є актуальним питанням і завданням не лише лікарів отоларингологів, а й лікарів загальної ланки, стоматологів, епідеміологів.

**Мета:** проаналізувати дані анкетувань та профілактичних оглядів у школярів вибраних шкіл Львівської області, для виявлення порушення носового дихання.

**Матеріали і методи:** у 2024 році були проведені профілактичні огляди дітей у 10 школах Львівського району. Оцінка стану носового дихання проводилась за допомогою ендоскопічного огляду та аналізу анкетного онлайн-опитування батьків обстежених дітей.

Анкета та листок огляду школярів були розроблені працівниками кафедри оториноларингології, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» та затверджені етичним комітетом університету. У кінці анкети батьки надавали згоду на огляд дитини та обробку персональних даних.

Дослідження проводились у відповідності до етичних принципів Гельсінської Декларації, протокол дослідження було схвалено етичним комітетом. Достовірність різниці показників, що порівнювались, визначалась за допомогою t-критерію Стьюдента.

**Результати:** В результаті проведених досліджень були опрацьовані анкети та оглянуто 941 дитину. Згідно даних анкет дітей було умовно поділено на дві групи, за наявності чи відсутності проблем із носом. До першої групи віднесли анкети 659 дітей, у яких не було проблем з носом, проте 133 з них (20,18±0,40%) відзначали наявність алергічного процесу в носі, а 526 анкетованих, що заперечили проблеми з носом, чи наявність алергії – відмітили наявність виділень з носа, закладеності носа, свербіння в носі, чхання, хропіння. До другої групи віднесли 282 анкети, де були проблеми з носовим диханням, з них у 108 дітей була алергія.

Аналізуючи отримані результати, було визначено, що основними симптомами проблем з носом була закладеність носа, статистична достовірність була значущою між групою 1 та 2, як у пацієнтів з алергією, так і без неї 2,25±0,14% і 3,61±0,18% групи 1 – проти 96,29±0,18% і 97,70±0,15% (p < 0,001).

Під час дослідження було виявлено недостатність контролю за симптомами алергії, у групі 1 в пацієнтів з алергією чхання відзначалось у 75,18±0,43%, а виділення з носа 64,66±0,47% проти 2,25±0,14% симптомів закладеності носа. Група 2, пацієнти з наявністю алергії відзначали ще частішим симптомом чхання 91,66±0,22% та ринореєю 87,03±0,33%. До алергічного запалення у носі часто є легковажне ставлення, батьки вважають його швидко минулим та таким яке дитина переросте, проте, саме алергічне запалення призводить до інтенсивних поліпозних змін у носі та пазухах.

Особливу увагу викликала група 2 із симптомами закладеності носа у, в якій батьки вказали на відсутність алергії 97,70±0,15%. Враховуючи дані досліджень було з'ясовано, що невиражені симптоми чхання, закладеності носа та ринореї у дітей не розглядалось, як алергічний процес. Проте, слід пам'ятати, що відсутність класичного алергологічного анамнезу не заперечує алергію у пацієнта та потребує дообстеження на предмет виявлення алергенспецифічних sIgE.

Рання діагностика алергічного запалення носа та порушень носового дихання дозволяє запобігти прогресуванню симптомів, розвитку деформацій лицевого скелету та зубощелепних аномалій та вчасно підібрати адекватне лікування.

**Висновки:** Під час обстежень було виявлено недостатній контроль над симптомами порушення носового дихання, особливо алергічних проявів, що часто недооцінюється і недообстежується. Враховуючи отримані результати є необхідність інформування батьків про важливість доброго носового дихання у дітей, вчасну діагностику алергічних процесів задля попередження прогресування симптомів, підбору ефективного лікування та профілактика можливих ускладнень.

**Ключові слова:** діти, школярі, профілактичний огляд, носове дихання, алергія.

## ВИКОРИСТАННЯ ВИСОКОТОНОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТІНІТУСУ

*Чернишева І.Е.*

*Кафедра оториноларингології*

*Завідувач кафедри Пухлік С.М. професор, доктор медичних наук*

*Одеський національний медичний університет*

*м.Одеса, Україна*

**Вступ:** шум у вухах прийнято називати тінітус від латинської – *tinnitus* – дзвін. Це можуть бути різноманітні звуки, які виникають без зовнішнього джерела. 17% всього населення земної кулі страждають цим недугом. Тінітус частіше зустрічається у людей після 40 років, в більшості випадків страждаючих на сенсоневральну приглуховатість. Актуальність проблеми лікування тінітусу пов'язана з дискомфортом, який постійно відчуває хворий, що знижує якість його життя та впливає на працездатність людини.

**Мета дослідження:** вивчення впливу високотонової терапії на результати лікування хворих з тінітусом.

**Матеріали та методи:** було обстежено 30 пацієнтів. Проводилось розширене обстеження пацієнтів, які звертались за консультацією з приводу вушного шуму як основної або єдиної скарги. Опрацюванню підлягала інформація про хворих із шумом у вухах чи в голові, що тривав понад місяць.

Після встановлення діагнозу першу групу склали 15 пацієнтів, яким проводився курс консервативного лікування включаючий препарати, які сприяли нормалізації функціонування серцево-судинної, центральної і периферичної нервової систем та загальному зміцненню організму, а також препарати, покращуючі обмін речовин та енергозабезпечення тканин. 15 пацієнтам другої групи додатково проводились сеанси високотонової терапії з використанням апарату НіТор з подачею змінного електричного струму високої частоти (4-32 кГц), модульованого одночасно за частотою і амплітудою. Процедури проводились протягом 10 днів.

**Результати дослідження:** в результаті проведеного лікування в першій групі відчуття шуму у вухах зменшилось у 8 пацієнтів, що склало 53 %. У другій групі покращення стану у 10 пацієнтів, у 5 пацієнтів шум у вухах зник. Таким чином позитивна динаміка – 100%.

**Висновки:**

1. НіТор терапія є ефективним методом в комплексному лікуванні шуму у вухах, прискорює лікування та дає змогу знизити дозування ліків.
2. Лікувальний ефект при НіТор досягається не простим електричним подразненням м'язів та нервів, а запуском каскаду внутрішньоклітинних біохімічних та біофізичних реакцій.
3. Використання змінного електричного струму високої частоти викликає коливання в середині клітин, що призводить до інтенсивної детоксикації, інтенсифікації обміну речовин та вироблення енергії.

**Ключові слова:** вушний шум, НіТор.

## ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЛОТКИ І ГОРТАНІ: СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ ДО ЛІКУВАННЯ

*Шевчук Ю.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м.Київ, Україна*

**Актуальність:** діагноз тонзилофарингіт, на жаль, залишається дискутабельним в Україні. Хтось продавжує пропагандувати виключно вірусний фарингіт і однозначно бактеріальний тонзиліт (навіть катаральна ангіна). Але, діагноз ангіна наразі не є коректним. Згідно Українського протоколу 2021 року гострий тонзиліт (гострий тонзилофарингіт), гострий фарингіт у 70–95% випадків спричиняються переважно вірусами (аденовіруси, вірус Епштейн Барр, віруси грипу, бокавіруси, риновіруси, ентеровіруси, коронавіруси, ретровіруси), рідше бактеріальними збудниками. У якості основних збудників бактеріального тонзиліту потрібно розглядати β-гемолітичний стрептокок групи А, а також стрептококи групи С і J, Haemophilus influenzae, Corynebacterium, Neisseria gonorrhoea. Бактеріальні тонзиліти зобов'язані насамперед β-гемолітичному стрептококу групи А (БГСА), який є найчастішою бактеріальною причиною гострого тонзилофарингіту (ГТФ) у дітей (20–30%) та дорослих (5–15%). Формальна його назва – Streptococcus pyogenes. Стрептококовий ТФ досягає вікового піку в інтервалі від 3 до 14 років. Поширеність патології у світі складає від 2 до 15% усього населення. Хвороба, особливо поширена серед дітей: 50% пацієнтів – віком від 5 до 15 років. Гострі вторинні тонзиліти – є одним з симптомів основного захворювання, може бути не обов'язковим.

**Клінічна картина та діагностика:** ГТФ, як правило, не є надскладним завданням. Скарги, огляд ший, орофарингоскопія є обов'язковими. Встановленню діагнозу допомагають гематологічні (ЗАК з формулою та СРБ, ПЛР, ІФА) та бактеріологічні (експрес тест на стрептокок А, обстеження на гриби) тести. Диференційна діагностика проводиться між вірусними, бактеріальними та грибковими ураженнями.

**Лікування:** При доведеному бактеріальному процесі обов'язковим є призначення системного антибіотику, як правило пеніцилінового ряду на 10 – 14 днів. При грибковому – антимікотична терапія місцево, рідко – системно, при вірусному – симптоматична терапія. Важливим моментом при ГТФ будь якої етіології є призначення препаратів місцевої дії (ПМД), котрі бувають у вигляді розчинів для полоскання, спреїв та таблеток (льодяників, пастилок) для розсмоктування. За даними різних досліджень, зокрема Кокранівської бібліотеки, досліджень із застосуванням радіоізотопів найнижча концентрація лікарської речовини в глотці та найменша тривалість знаходження діючої речовини у розчинах для полоскання. Найвища (концентрація втричі, тривалість – вдвічі) – при застосуванні таблеток в порівнянні з розчином. Спреї досягають максимальної концентрації найшвидше, але тривалість їх дії наближається до розчинів. Найчастіше ПМД містять антисептики, НПЗЗ, анальгетики та їх комбінації, рідше інші додаткові компоненти. Цікавим та перспективним є застосування комбінованих місцевих засобів, що містять антибіотик, що важливо при бактеріальному, або не уточненому ГТФ. Так, на сьогодні на ринку існують препарати у вигляді спрею та таблеток для розсмоктування, що містять природний антибіотик місцевої дії тіротрицин з широким спектром дії на бактеріальну (в тому числі БГСА) та грибкову флору в комбінації з лідокаїном (анестетик) та хлоргексидином (універсальний антисептик). Дана комбінація дозволяє ефективно лікувати бактеріальні, грибкові ГТФ та є профілактикою ускладнень в тому числі після оперативних втручань в глотці.

Гострий катаральний ларингіт – запалення слизової оболонки гортані переважно вірусної етіології, характеризується дисфонією, кашлем та іншими симптомами ГРВІ. Складність лікування даних пацієнтів полягає в обмежених можливостях доставки лікарських препаратів. Системно призначають НПЗЗ, протикашлеві, муколітики. Ефективними є інгаляції та інстиляції в гортань, що не завжди є зручним та можливим взагалі. Хороший ефект в даному випадку дає застосування пастилок, що містять ісландський мох в тому числі з ментолом, що має захисний, бронхолітичний, протизапальний та імуностимулюючий ефекти.

**Висновки:** Місцева терапія при захворюваннях горла є достатньо ефективною і рекомендована до застосування. Саме таблетки для розсмоктування – найоптимальніший засіб, як з точки концентрації речовини, тривалості її знаходження, так і зручності використання. Застосування комбінації місцевого антибіотику, антисептика та анальгетику є найбільш раціональним вибором при запальних захворюваннях горла.

**Ключові слова:** ларингіт, фарингіт, тонзиліт, горло, антисептик, антибіотик.

## ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄТІВ З СЕКРЕТОРНИМ ОТИТОМ НА ФОНІ ГІПЕРТРОФІЇ АДЕНОЇДІВ

Шевчук Ю.В., Попівчак П.М.

<sup>1</sup>Національний медичний університет Імені О.О. Богомольця

<sup>2</sup>КНП «Дитяча клінічна лікарня № 2 м. Києва

**Актуальність:** Ексудативний (секреторний) середній отит (СО) надзвичайно поширений у дітей, викликає порушення слухової функції і при несвоєчасному лікуванні викликає важкі ускладнення (адгезивний отит, ретракції). В *Savum tympani* при СО утворюється секрет, як правило стерильний, що приводить до порушення слуху та приглуховатості. Значний відсоток дітей (до 42%) має алергію, при цьому алергічний риніт (АР) зустрічається у 65% дітей з аденоїдами. Виділяють гострий (до 3 тижнів), підгострий (3-8 тижнів) та хронічний (більше 8 тижнів) СО. Зустрічається СО у будь-якому віці, але переважна більшість випадків припадає на дитячий період. Більш висока захворюваність у дітей, які відвідують дитячі садочки. Епізоди СО мають приблизно 90% дітей в дошкільному віці і 70% дітей до досягнення трьох річного віку. Рецидиви спостерігаються у 20% дітей. Хлопчики хворіють частіше. У 90% пацієнтів СО є двобічним.

**Мета:** Оцінка ефективності лікування дітей, хворих СО в поєднанні з аденоїдами. Матеріали і методи: У відділенні хірургії голови та шиї КНП «Дитяча клінічна лікарня № 2 м. Києва) протягом останніх 5 років проліковано 812 дітей у віці від 1-го до 17-ти років з СО та гіпертрофією лімфаденоїдного глоткового кільця. Проводився збір анамнезу, візуальний ЛОР-огляд, оцінювались результати імпедансометрії, додатково проводилась тональна порогова аудіометрія, ендоскопія носу, носоглотки та середнього вуха. Результати та їх обговорення: При збільшенні аденоїдів до II ступеня включно пропонували консервативну терапію амбулаторно. Використовували системні та топічні деконгестанти короткими курсами, антигістамінні, секретолітики (переважно карбоцистеїн), топічні кортикостероїди, кінезотерапія. Фізіотерапія не призначалась згідно рекомендаціям НСЗУ. У випадку аденоїдиту проводилась місцева (зокрема препарати срібла), рідко призначали антибіотик перорально. При гіпертрофії глоткового мигдалика понад II-й ступінь та СО, та у випадку неефективності медикаментозної терапії, або рецидивів СО використовувалось оперативне лікування. Під ЕТН з інтубацією через рот виконувалась класична аденотомія під візуальним контролем. В останні 2 роки ми почали активно використовувати дебрідер, зокрема у випадку рецидивів, при деякій супутній патології. Кобляційна аденотомія використовувалась в окремих випадках, і ми не рекомендуємо дану методику, як варіант вибору. Паралельно виконувалась тимпанопункція з введенням Дексаметазону ендотимпанально. У випадку гіпертрофії піднебінних мигдаликів II та III-го ступеня також проводили тонзилотомію конхотомом, гострим шляхом, рідко використовували дебрідер та коблятор. У 90% дитину забирали додому ввечері, рідше вранці після втручання. Рекомендували у вухо краплі з ципрофлоксацином. Призначати антибіотики внутрішньо не рекомендували. Поодинокі використовували муколітики та мометазону флюорат у осіб з АР чи бронхіальної астми. Контроль відновлення звукопроведення виконували через 3 місяці після втручання. За даними наших спостережень зустрілось 2 випадки гострого гнійного середнього отиту, інші гнійні ускладнення після хірургії були відсутні, перфорації загоювались за 1 добу. Лише 3% дітей мали повторні СО. В такому випадку проводили класичну тимпаностомію з наркозом з міорелаксацією. Ми не спостерігали випадків хронічних перфорацій у наших пацієнтів (за даними статистики 2% таких перфорацій є наслідком шунтування), у одному випадку продовжувались епізоди СО після застуд, котрі зникали після одужання за 1 – 2 тижні та остаточно зникли через півтора роки.

**Висновки:** Способи терапії СО в педіатричній практиці визначаються персоналізовано. Можливо починати з медикаментозної терапії. Операція проводиться через 12 тижнів терапії без відсутності ефекту та при рецидивах. Оперативне втручання полягає у виконанні тимпанопункції, тимпаностомії паралельно з усуненням причини дисфункції слухової труби (аденотомія, аденотонзилотомія, септопластика, вазотомія, FESS, тощо). Оптимальним способом терапії педіатричних пацієнтів з СО в поєднанні з гіпертрофією мигдаликів є виконання аденотомії та тимпанопункції. Тимпаностомія виконується лише у випадку рецидивів.

**Ключові слова:** секреторний отит, аденотомія, тимпанопункція, тимпаностомія

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОРМІКОЗУ РИНО-ОРО-ОРБИТОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ В ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

*Шушляпіна Н.О., Калашиник-Вакуленко Ю.М., Анохіна О.О.*

*Завідувач кафедри д.мед.н., проф. Лупир А.В.*

*Кафедра оториноларингології*

*Харківський національний медичний університет,*

*Харківська обласна клінічна лікарня, Україна м. Харків*

**Актуальність:** Мукормікоз –ангіоінвазивне грибкове захворювання з ушкодженням ендотелію артерій, що супроводжується тромбозом та некрозом навколишніх тканин. Це захворювання визначається як опортуністична інфекція з глибоким хронічним мікозом, яка спричиняється цілою низкою грибів з класу зигоміцетів (клас Zygomycetes, порядок Mucorales). Збудниками є *Rhizopus spp.*, *Rhizomucor spp.*, *Lichtheimia corymbifera* і *Mucor spp.* Мукорові гриби широко поширені в природі в різних кліматичних зонах і факультативні для людини, але зміни рН – середовища можуть спровокувати розповсюдження та патогенність мікроба. Від початку пандемії COVID-19, викликаною штамом вірусу з подвійною мутацією S-білка, реєстрували випадки мукормукозу, особливо в Індії. Але на сьогоднішній день це захворювання зустрічається в регіонах, які не відносяться до ендемічних зон, тобто в країнах Європи. По даним дослідників, сприятливими факторами в розвитку мукормукозу визначено використання глюкокортикостероїдів та імунодепресантів. Відповідно сучасним протоколам лікування ковідної інфекції передбачено використання глюкокортикостероїдів (преднізолон, дексаметазон, метилпреднізолон), що призводить до тривалої імуносупресії, викликаючи грибкові ураження усіх органів і систем. Серед фонових захворювань перше місце займає неконтрольований цукровий діабет, онкогематологічні та вірусні хвороби. Основний шлях інфікування мукормукозом – інгаляційний, оскільки первинне вогнище знаходиться на рівні верхніх дихальних шляхів. Розповсюдження можливо як низхідним, так і висхідним шляхами.

**Мета дослідження:** проаналізувати клініко-морфологічні особливості перебігу мукормукозу риноорбітоцеребральної локалізації у пацієнтів в постковідному синдромі та оптимізувати лікувальну тактику введення пацієнтів з інвазивним грибковим ураженням носу та ННП.

В підтвердження актуальності та частоти зустрічаємості цієї хвороби наводимо декілька клінічних випадків постковідного синдрому, що ускладнилися мукормукозом. Проведено проспективний аналіз медичної документації 3-х пацієнтів, які перенесли COVID-19 різного ступеню важкості та отримали лікування відповідно протоколам з використанням глюкокортикостероїдних препаратів. Після комплексного обстеження з приєднанням всіх спеціалістів, в тому числі оториноларинголога, щелепно-лицьового хірурга, офтальмолога, невропатолога, а також проведення ендоскопічного, КТ та МРТ досліджень, та проведеного неодноразового бактеріологічного та гістологічного дослідження було встановлено діагноз – мукормукоз риноорбітоцеребральної локалізації. У всіх випадках спостереження були визначені плісняві гриби, як при мікробіологічному, так і гістологічному зразках. Всім пацієнтам була проведена розширена секвестрнекректомія зони носової порожнини, параназальних синусів, обличчя, щелепно-лицьової ділянки. У одного хворого була проведена енуклеація ока. Всі пацієнти отримували антифунгальну терапію (вориконазол 200 мг 2 р/д) симптоматичне лікування. Динаміка лікування проводилась при ендоскопічному контролі.

**Результати:** Аналіз клінічних проявів риноорбітоцеребральної локалізації мукормукозу дозволив виявити деякі закономірності: інфекція починається із закладеності та виділень із носа, оніміння обличчя, нечіткості зору, носолобного головного болю, болю в очах, лихоманки, диплопії та хемозу. Інтраназальні ураження характеризуються безболісними виразками з ексудатом і некротичним ураженням тканин, проявами остеомієліту в порожнині носа, твердому піднебінні, обличчі та оці та мають тенденцію до прогресування протягом декількох днів.

### **Висновки:**

1. Ендоскопічна та патоморфологічна оцінка ураженої області дозволила виявити мукормукоз з характерними для всіх хворих змінами у вигляді остеомієлітичного, бактеріально-грибкового характеру перебігу захворювання з мікотичною інвазією кровоносних судин, що пояснює обширні зміни трофіки м'яких тканин обличчя та ока на стороні ураження.
2. Мукормікоз розвивається на тлі імуносупресії після COVID-19 в результаті проведеного лікування гормональними препаратами.

3. Особливим фактором ризику є цукровий діабет, особливо неконтрольований з кетоацидозом.
4. Риноорбітоцеребральний мукомікоз має високий ризик смертності і потребує негайної діагностики та активного лікування.
5. У пацієнтів із характерною клінікою та діагностичними ознаками мукомікозу емпіричну протигрибкову терапію необхідно розпочинати до підтвердження діагнозу мікробіологічними або гістопатологічними методами з послідувочою некректомією.
6. У пацієнтів вирішальну роль відіграє візуалізація (КТ та МРТ) у визначенні поширеності захворювання, залучення структур очної ямки та головного мозку, що має вирішальне значення під час ухвалення рішення про подальшу тактику лікування.

**Ключові слова:** мукомікоз, риносинусит, COVID-19, грибкове ураження, постковідний синдром.

## ВИПАДОК ВІДДАЛЕНОГО МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У СЛИЗОВУ РОТОГЛОТКИ ПРИ ПЕРВИННОМУ ДІАГНОСТУВАННІ

*Юревич Н.О., Бур'ян О.В., Луцир А.В., Калашник-Вакуленко Ю.М.*

*Кафедра оториноларингології, кафедра онкології, променевої терапії,  
онкохірургії та паліативної допомоги*

*Завідувачі кафедр д.мед.н., проф. Луцир А.В., д.мед.н., проф. Дудніченко О.С.*

*Харківський національний медичний університет,*

*Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність:** за останніми даними Національного канцер реєстру України у 2024 році рак підшлункової залози все ще залишається в рейтингу складних для ранньої діагностики. Такі дані, в свою чергу, виключають своєчасне ефективне лікування даного виду пухлини.

В Україні щороку виявляють до 4500 нових випадків раку підшлункової залози. На першому році встановлення даного діагнозу біля 70% хворих помирають, і це пов'язано з тим, що біля 50% діагностування раку підшлункової залози виявляється на пізніх стадіях, з наявністю віддалених метастазів. Метастазування відбувається лімфогенним та гематогенним шляхами. По лімфатичних судинах розвивається метастазування в регіонарні лімфатичні вузли навколо підшлункової залози; гематогенним шляхом пухлина розповсюджується, насамперед, у печінку, легені, кістки, головний мозок. В окремих випадках також спостерігається імплантаційне поширення злоякісних клітин по очеревині.

В представленому нами клінічному випадку, пацієнтка з раком підшлункової залози звернулась вперше до оториноларинголога з приводу захворювання ротоглотки, що в подальшому виявилось віддаленим метастазом раку підшлункової залози.

**Мета:** описати і проаналізувати клінічний випадок рідкісного віддаленого метастазування раку підшлункової залози у слизову ротоглотки.

**Матеріали та методи:** в роботі розглянуто клінічний випадок рідкісного віддаленого метастазування раку підшлункової залози у слизову ротоглотки; хворій було проведено ендоскопічне дослідження рото-, гортаноглотки, патогістологічне дослідження біопсійного матеріалу з ротоглотки, імуногістохімічне дослідження цього ж матеріалу, мультидетекторну (32-зрізову) комп'ютерну томографію шиї, органів грудної, черевної порожнини, заочеревинного простору, таза, голови з контрастуванням, досліджено онкомаркери СА-19-9 (карбогідратний (вуглеводний) антиген 19-9), РЕА (раково-ембріональний антиген), проведено колоноскопію, фіброгастроуденоскопію.

Опис. Хвора звернулась до онкоотоларинголога Комунального некомерційного підприємства «Обласний центр онкології» м. Харкова зі скаргами на садіння, першіння в глотці праворуч, незначний біль в глотці з ірадіацією у праве вухо, появу на шиї праворуч пакету безболісних лімфовузлів. З анамнезу відомо, що вище-

вказані скарги у хворої спостерігалися на протязі останніх декілька місяців. Лікувалася самостійно, без значного клінічного ефекту. Потім звернулась до отоларинголога за місцем проживання, який дав направлення на консультацію в онкоцентр з підозрою на рак ротоглотки праворуч. Палить біля 30 років.

Хвора оглянута онкоотоларингологом, проведено ендоскопічне дослідження рото-, гортаноглотки – в ділянці бічної поверхні рото-, гортаноглотки праворуч визначається екзофітне пухлинне утворення з ерозованою верхівкою; взята біопсія.

Результат патогістологічного дослідження біопсії ротоглотки – фрагмент слизової, вкритий плоским епітелієм з будовою аденокарциноми в основі.

Результат імуногістохімічного дослідження цього ж матеріалу: патоморфологічний висновок – метастаз аденокарциноми, найбільш ймовірно, панкреатобіліарного типу. Імуногістохімічні дослідження: цитокератин 7 – позитивна реакція в клітинах пухлини; PDX 1 – позитивна реакція в клітинах пухлини; CDX-2 позитивна реакція в поодиноких клітинах пухлини; цитокератин 20- негативна реакція в клітинах пухлини; GATA3 – негативна реакція в клітинах пухлини; тиреоїдний фактор транскрипції-1 – негативна реакція в клітинах пухлини.

Результат комп'ютерної томографії: ознаки утворення правих відділів ротоглотки - високосусуптне на неопластичний процес, метастатична лімфаденопатія правих відділів ший, неопластичні компоненти правої підскроневої ямки та за ходом – внутрішніх мамарних судин ліворуч (метастатичні лімфовузли?), інфільтративне неопластичне утворення хвоста підшлункової залози з інвазією селезінки, лівої нирки, шлунка, можливо, лівого наднирника, з інвазією та оклюзією селезінкових судин, перитонеальний карциноматоз.

Результати дослідження онкомаркерів сироватки крові: СА-19-9- 19.4 U/ml (референтне значення до 18.7 U/ml), РЕА- 215 ng/ml (референтне значення у пацієнтів, що палять – до 10 ng/ml) Проведена колоноскопія (внутрішній геморой), фіброгастродуоденоскопія (гастропатія з атрофією слизової оболонки KIMURA-TAKEMOTO O-1).

Проведена консультація абдомінального онкохірурга, хворій встановлено діагноз: Аденокарцинома хвоста підшлункової залози cT3N1M1 (pT; lym), IV стадія, 2 клінічна група та рекомендовано з'явитися на мультидисциплінарну комісію Комунального некомерційного підприємства «Обласний центр онкології» для визначення тактики подальшого лікування.

**Висновки:** Для оториноларингологів, онкохірургів наш випадок підкреслює можливість розгляду віддалених метастазів раку підшлункової залози в ділянку ротоглотки. Для цього необхідно при виявленні пухлини даної ділянки провести щільне дослідження біопсійного матеріалу ротоглотки (імуногістохімічне дослідження), комп'ютерну діагностику за онкопротоколом. При виявленні пухлини підшлункової залози на комп'ютерній томографії, за відсутності чіткої відповіді при імуногістохімічному дослідженні передбачуваного метастазу глотки, – необхідна біопсія пухлини підшлункової залози під контролем ультразвукової діагностики.

**Ключові слова:** рак підшлункової залози, метастаз раку підшлункової залози, віддалені метастази в ротоглотку, онкомаркер СА 19-9, імуногістохімічне дослідження, рак ротоглотки.